UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1970 N° 49

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉCIDIVES DES PROLAPSUS GÉNITAUX

A PROPOS DE 67 OBSERVATIONS DE RÉCIDIVES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement en Avril 1970

par

Jean-Paul RIEU
Interne des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY

MM. P. FABRE — *Président*
A. PONTONNIER — *Assesseurs*
J. POULHES — *Assesseurs*
R. SARRAZIN — *Assesseurs*
G. ESPAGNO — *Suppléant*

IMPRIMERIE CLEDER
28, rue de la Pomme
TOULOUSE

1970

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RÉCIDIVES DES PROLAPSUS GÉNITAUX
A PROPOS DE 67 OBSERVATIONS DE RÉCIDIVES

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1970 N 49

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉCIDIVES DES PROLAPSUS GÉNITAUX

A PROPOS DE 67 OBSERVATIONS DE RÉCIDIVES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement en Avril 1970

par

Jean-Paul RIEU

Interne des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY

MM. P. FABRE — *Président*

A. PONTONNIER
J. POULHES
R. SARRAZIN — *Assesseurs*

G. ESPAGNO — *Suppléant*

IMPRIMERIE CLEDER
28, rue de la Pomme
TOULOUSE

1970

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE de MEDECINE et de PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
DOYEN	LAZORTHES
Assesseur (Médecine)	MONNIER
Assesseur (Pharmacie)	BREUILLAUD
Doyens honoraires	GORSE, CALVET, BRUSTIER
Professeurs honoraires	MM. VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BUGNARD, VINCENT MOREL, BOUISSET, CALMETTES, THOMAS

SECTION MEDECINE

	MM.
Clinique médicale et cardiologique	MERIEL
Clinique médicale Sud	GADRAT
Clinique chirurgicale	N...
Clinique chirurgicale et gynécologique	FABRE P.
Clinique chirurgicale et du Cancer	GRIMOUD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	PASQUIÉ
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	RIEUNAU
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	ENJALBERT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ
Clinique des maladies infectieuses	ANDRIEU
Clinique médicale infantile et Puériculture	SOREL
Clinique médicale de la 1re Enfance	BARDIER
Clinique de neuro-chirurgie	LAZORTHES
Clinique de Neurologie et Psychiatrique	GERAUD
Clinique obstétricale	PONTONNIER
Clinique odonto-stomatologique	CADENAT
Clinique ophtalmologique	N...
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique de pneumo-phtisiologie	DELAUDE
Clinique rhumatologique	RUFFIE R.
Accouchem. et obstétricie sociale	JAHIER
Anatomie	BASTIDE
Anatomie appliquée	POULHES
Anatomie pathologique	FABRE J.
Bactériologie et Virologie	ENJALBERT (Mme)
Anesthésie et réanimation	LARENG
Biophysique médicale A	AUVERGNAT
Biophysique médicale B	BRU
Chimie biologique	VALDIGUIE P.
Electro-Radiologie	MARQUES
Embryologie générale	BROUSSY J.
Hématologie	RUFFIE J.
Histologie	BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DARNAUD
Hygiène et Médecine sociale	MONNIER
Immunologie	DUCOS
Médecine Légale et du Travail	PLANQUES
Pathologie chirurgicale	DAMBRIN
Pathologie générale et Médecine expérimentale	SENDRAIL
Pathologie médicale	RIBAUT
Physiologie	LAPORTE Y.
Physiologie appliquée et Pharmacologie	BAISSET
Sémiologie et clinique médicale	LAPORTE I.
Thérapeutique	DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie pathologique	BOUISSOU
Biochimie médicale	DOUSTE-BLAZY
Histologie et embryologie	PLANEL
Maladies infectieuses	ARMENGAUD
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX
Pathologie médicale	BOULARD
Physiologie	MONTASTRUC
Physiologie	BESSOU
Physique médicale	COMMANAY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Biochimie médicale	VALDIGUIE P.
Chirurgie générale	GEDEON
Chirurgie générale	SARRAZIN
Electroradiologie	PONS
Histologie et embryologie	GUILHEM A.
Ophtalmologie	DEODATI
Pneumo-phtisiologie	MIGUERES
Neuro-chirurgie	ESPAGNO J.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie pathologique	FABRE Jean
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	LARENC (Mme)
Carcinologie	ESTRADE
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	ESCHAPASSE
Electro-radiologie	ROULLEAU
Médecine générale et thérapeutique	BES
» » »	BOLLINELLI
» » »	SUC
Pathologie expérimentale	GLEIZES
Pédiatrie	DALOUS
»	REGNIER
Médecine générale	ARLET J. / RIBET

AGREGES

	MM.
Médecine générale	CALAZEL, RASCOL, LE TALLEC
Chirurgie générale	FICAT, GAUBERT
Dermatologie et syphiligraphie	DUPRE
Hydrologie	DENARD
Médecine légale	GREZES-RUEFF
Neurologie et psychiatrie	GAYRAL
Obstétrique	ESPAGNO G.
Ophtalmologie	BEC

AGREGES LIBRES

Chirurgie générale	SOUQUET
Pathologie chirurgicale	DIEULAFE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Psychiatrie	LABOUCARIE

SECTION PHARMACIE

Botanique et cryptogamie	N...
Chimie analytique	PITET
Toxicologie, hygiène et hydrologie	BOURBON
Chimie pharmaceutique	BLANC
Microbiologie	BREUILLAUD
Pharmacie chimique et pharmacodynamie	CAUJOLLE
Pharmacie galénique et matière médicale	STANISLAS
Physiologie, Zoologie et Parasitologie pharmaceutiques	ROUX

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	COUTURIER
Sciences Naturelles	CAUJOLLE (Mme)

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Chimie organique	BERTRAND
Toxicologie	BROUSSY G.
Zoologie	GAYREL

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Botanique	LASCOMBES (Mme)
Microbiologie	MICHEL G.
Pharmacodynamie	CROS J.
Physiologie	DUMAS J.-C.
Pharmacie galénique	ROUFFIAC R.
Chimie biologique	SOULA G.
Toxicologie	MALBOSC R.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	ROCHE

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération du 12 mai 1891)

A MA FEMME

A MES ENFANTS : CHRISTOPHE
VÉRONIQUE
SANDRINE

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA GRAND-MERE

A MA GRAND-TANTE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON BEAU-PERE LE DOCTEUR M. LAPASSET

Qui fut toujours un guide bienveillant et un exemple.

Qu'il reçoive aujourd'hui l'expression de ma profonde affection.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. FABRE

Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique
Chirurgien des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

Vous nous avez accueilli dans votre service et accepté comme votre élève.

Votre enseignement technique devant la table d'opération et clinique auprès de vos malades nous a été très précieux.

Veuillez trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude et de notre attachement.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur A. PONTONNIER

Professeur de Clinique Obstétricale
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Nous tenons à vous remercier de l'amicale bienveillance que vous nous avez toujours manifestée.

Veuillez trouver ici l'assurance de notre respectueuse considération.

Monsieur le Professeur J. POULHES

Professeur d'Anatomie
Chirurgien des Hôpitaux

Depuis le début de nos études médicales nous avons été marqués par vos profondes qualités humaines et par votre maîtrise chirurgicale.

Nous avons la joie d'avoir pu faire ce travail avec vous.

Recevez ici l'assurance de notre reconnaissance et de notre affection.

Monsieur le Professeur R. SARRAZIN

Professeur sans chaire

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi nos juges, et nous vous assurons de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur G. ESPAGNO

Professeur Agrégé

Vous êtes pour nous un Maître, mais aussi un ami que nous avons apprécié.

Soyez remercié d'avoir accepté de faire partie de notre Jury.

A MES CAMARADES DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE NORD

Le Docteur J.-L. BOYER

Le Docteur J.-P. BOUCARD

Le Docteur J. BECUE

Au Docteur Y. FREGEVU, assistant des Hôpitaux

A MES CAMARADES DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE SUD

Le Docteur J. ESCAT

Le Docteur J.-L. GOUZI

Le Docteur H. TOULEMONDE

Le Docteur F. LAZORTHES

A TOUS MES AMIS DE L'INTERNAT

INTRODUCTION

Il y a longtemps que les thérapeutes se sont attachés à essayer de corriger ce qui est appelé couramment chez la femme « la descente d'organes ».

Déjà dans l'Antiquité, on utilisait des compressions et des pommades ; les contemporains d'Hippocrate, puis de Galien, ont continué d'utiliser diverses sortes d'onguents et ce n'est que beaucoup plus tard, aux XV^e^ et XVI^e^ siècles, que l'école de Padoue d'une part pratiquait l'hystérectomie et qu'Ambroise Paré, au contraire, préconisait le traitement plastique. Le siècle dernier, avec l'édification de la technique chirurgicale contemporaine, les méthodes de traitement de prolapsus se multiplièrent : d'abord par les procédés d'avivement (Emmet, Doyen, Hegar), puis de cloisonnement du vagin avec Le Fort. Ces interventions cependant, quoique efficaces, n'étaient pas communément admises par les patientes, aussi essaya-t-on par la suite de refouler les éléments du prolapsus sans supprimer la perméabilité vaginale : ce fut l'ère de la colporraphie postérieure avec myorraphie des releveurs, intervention à laquelle s'attachent les noms familiers de Pozzi, Doléris et Duval, tandis que les écoles anglo-saxonne et germanique avec Halban, Wertheim et Schauta décrivaient le dédoublement anatomique antérieur. Ces derniers procédés misaient sur le rôle que l'on croyait exclusif, dans la statique pelvienne, des muscles releveurs, et ont été grevés de récidives par prolapsus de l'utérus en particulier.

C'est alors que Fothergill d'une part, en 1914, à l'école de Manchester et Halban d'autre part à l'école de Vienne, décrivirent la triple opération par voie basse, associant à la double colporraphie l'amputation du col et la remise en tension des ligaments isthmiques, tandis que l'école française, au Congrès de Gynécologie de langue française en

1923, associait aux temps périnéo-vaginaux la fixation haute du corps utérin par coéliotomie, faisant ainsi de la Triple Française l'intervention définitive du prolapsus génital qui... fut à l'origine de nombreux élytrocèles et allongements du col.

Les nombreux échecs obtenus à la suite d'interventions chirurgicales font que le prolapsus génital a acquis aux yeux du public la mauvaise réputation d'être une affection difficile à traiter et récidivante.

Cette réputation se retrouve encore chez le chirurgien qui se contente dans bien des cas d'une amélioration qu'il qualifie de succès opératoire. La guérison est pourtant possible quand l'intervention a été exécutée de façon correcte et quand l'indication a été portée judicieusement.

Depuis quelques années des travaux nombreux ont révélé avec plus de précision, les éléments véritables de statique pelvienne et par ailleurs la multiplication d'articles critiques ont permis de rationnaliser les indications thérapeutiques et de rejeter certaines interventions particulièrement illogiques et inefficaces.

C'est une étude critique d'une série homogène de 67 observations de récidives que nous nous proposons de faire en essayant d'en tirer les leçons qui s'appliquent au traitement des prolapsus génitaux.

PLAN

I. — Rappel anatomique.

Rappel physio-pathologique.

Conclusions thérapeutiques.

Examen clinique.

II. — Les observations.

Les récidives.

Les causes des récidives.

III. — Statistiques comparées.

IV. — Traitement chirurgical des prolapsus et de leurs récidives.

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE

Le traitement des prolapsus génitaux a pour but de réparer et de restaurer les structures détruites, de replacer les divers viscères dans leur position normale. Les récidives viennent généralement d'un défaut de cette restauration et reposition chirurgicales. Il est donc particulièrement nécessaire de connaître les moyens efficaces de la statique pelvienne et les mécanismes qui la mettent en défaut.

RAPPEL ANATOMIQUE

Les moyens de fixité de l'utérus, du vagin, de la vessie et du rectum ont été longtemps discutés.

1° *Classiquement* on met l'accent sur divers points :

a) la double coudure utérine : coudure du corps sur le col de 100° à 120° et coudure du col sur le vagin de 90°. La poussée abdominale est ainsi transmise par l'intermédiaire de la vessie sur les parois vaginales accolées, la paroi postérieure du vagin s'appuyant sur la sangle du faisceau élévateur du releveur et sur le coin périnéal ;

b) cette intégrité du releveur de l'anus et du nœud fibreux central constituent le deuxième point important de la statique pelvienne. On parle à leur égard de système de soutènement par opposition au système d'orientation et de suspension formé par les ligaments ;

c) le système d'orientation est assuré par les ligaments ronds et larges qui assurent théoriquement l'antéversion utérine ;

d) reste enfin le système de suspension formé par les ligaments cervicaux et isthmiques, système qui paraît aujourd'hui avoir un rôle beaucoup plus important que celui qu'on lui donnait habituellement.

2° *Effectivement* les études modernes ont précisé que certains éléments de statique classiques sont en fait secondaires.

a) d'une part, les ligaments ronds et larges considérés comme essentiels dans l'orientation de l'utérus ne jouent en fait aucun rôle. Fothergill et Halban (81-102) ont démontré leur inefficacité qu'expliquent leur origine embryologique, leur orientation et leur constitution anatomique.

b) d'autre part on a donné aux muscles releveurs de l'anus un rôle trop important dans la statique génitale ; ceux-ci ne maintiennent réellement que le tiers inférieur du vagin et ne jouent surtout qu'un rôle de constricteur de la vulve et du vagin inférieur. De même ce n'est qu'au niveau du tiers inférieur du vagin que le nœud fibreux central du périnée joue un rôle de soutien.

3° *En fait* les éléments les plus importants dans la statique génitale sont les ligaments isthmiques : en arrière ligaments utéro-sacrés, latéralement ligaments de Mackenrodt ou ligament cardinal de Kock ; et les fascia d'accolements qui séparent en avant le vagin de la vessie et en arrière le vagin du rectum.

a) les ligaments isthmiques : ce ne sont pas de vrais ligaments comparables aux ligaments articulaires. Ils sont d'importance variable selon les sujets et de nature conjonctivo nerveuse pour les utéro sacrés qui constituent la partie postérieure des lames sacro-pubiennes, support du plexus hypogastrique, et conjonctivo vasculaire pour les ligaments de Mackenrodt qui constituent la partie juxta-utérine de la gaine hypogastrique. Ces ligaments ont été étudiés par divers auteurs et notamment par Powers qui, dans plusieurs articles, a insisté sur quelques particularités (219) : d'une part la constitution de ces ligaments dans laquelle on retrouve de nombreuses fibres musculaires lisses, d'autre part leur insertion au niveau de la moitié postérieure de l'isthme utérin. Ces deux éléments ont permis à Powers de démontrer que les ligaments isthmiques tirent le col en haut et en arrière, tandis que le corps utérin se met en antéversion en retombant sur la vessie par son propre poids et sous la pression des organes abdominaux. Les ligaments ronds et larges ne jouent par contre aucun rôle. Les ligaments isthmiques, formations conjonctivo musculaires toniques jouent donc le double rôle d'orientation utérine et de soutien de l'isthme utérin et du dôme vaginal.

b) les fascia pré et rétro-vaginaux ont comme action de soutenir efficacement le tiers moyen du vagin. Eux aussi sont des formations conjonctivo musculaires toniques (POWERS) qui se prolongent dans le tissu de l'espace pelvi sous péritonéal, formant au vagin une gaine de soutien élastique et dynamique (UHLENBLUTH) (299).

Au total donc si les ligaments isthmiques soutiennent efficacement l'isthme utérin et le dôme vaginal et sont les vrais vecteurs de l'antéversion utérine, les fascia périvaginaux maintiennent toniquement le tiers moyen du vagin. Quant aux releveurs et aux muscles périnéaux, ils agissent sur le tiers inférieur du vagin et sur la vulve qu'ils contribuent à fermer.

c) Les éléments de statique pelvienne ont été récemment précisés par les travaux de HUGUIER, ROBERT et coll. (236[b]), avec l'étude du colpocystogramme et des empreintes vaginales. Nous ne nous étendrons pas sur les détails de la méthode maintenant bien connue de tous, mais nous en rappellerons brièvement les conclusions.

Ces examens d'empreinte vaginale et de colpocystogramme sont des examens fonctionnels qui pratiqués « en retenue » et en « poussée » permettent de visualiser des déformations et des déplacements des organes pelviens. L'interprétation des résultats permet aux auteurs d'en déduire une conception de statique viscérale pelvienne qui corrobore et complète ce que nous avons dit plus haut.

Le soutènement des organes pelviens se fait essentiellement par les ligaments isthmiques divisés en deux groupes d'amarrage (J. HUGUIER) (236[b]).

Groupe antérieur : retinaculum uro-vaginal antérieur formé par la partie antérieure des lames sacro-pubiennes et la musculature des releveurs, qui amarre l'ensemble à l'arc pelvi osseux antérieur et à la paroi abdominale ; ce retinaculum est élastique et actif.

Groupe postérieur : retinaculum vésico-vaginal postérieur formé par les ligaments utéro-sacrés et paramétriaux, qui amarre les organes pelviens à l'arc osseux pelvien postéro-latéral ; à l'opposé ce retinaculum est peu élastique et essentiellement passif.

Le colpocystogramme montre enfin qu'au cours de l'effort, chez la femme en position debout, l'utérus évolue vers le périnée postérieur et vient prendre appui par son col sur le plan résistant coccygoraphélien qui empêche son allongement.

CONSIDÉRATIONS PHYSIOPATHOLOGIQUES

Les formations décrites précédemment qui amarrent les viscères aux parois pelviennes sont susceptibles de relâchements isolés ou associés.

Le prolapsus vaginal ou colpocèle résulte le plus souvent de la détérioration des deux systèmes suspenseurs. Il s'accompagne presque toujours en avant de cystocèle, la vessie étant entraînée par le vagin auquel elle est accolée ; l'uréthrocèle est par contre plus rare, elle épargne toujours la partie basse du conduit maintenu par le ligament sous-uréthral de SHAW.

En arrière le rectum n'accompagne pas souvent le vagin qui glisse devant lui.

La descente utérine n'est pas constante, mais l'allongement du col est fréquent dans le prolapsus de moyenne importance. Là aussi, le relâchement des retinacula explique clairement cet allongement du col. En effet, ce système de suspension met l'utérus en position telle qu'au cours de l'effort le col vient buter sur la région périnéale post. (coccygoraphélienne de HUGUIER) (236bis). La distension de ce système désaxe l'utérus, le col quitte son appui. Si les ailerons vaginaux sont encore solides on observe un allongement dit hypertrophique de la portion intra-vaginale du col. Dans le cas contraire, on obtient un allongement supra-vaginal, que l'on décrit comme atrophique, du col.

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES

L'essentiel du traitement visera donc d'une part à remettre en tension les parois vaginales et leurs fascia de soutien : c'est le temps de la colporraphie ; mais surtout à reconstituer la fixation postéro-latérale de l'utérus par la mise en tension des ligaments utéro-sacrés et des ligaments de MACKENRODT, ce qui permet d'axer à nouveau l'utérus en antéflexion version, ainsi au cours de l'effort le déplacement du col utérin vers l'arrière va verrouiller le Douglas et pilonner la butée coccygoraphélienne.

La périnéorraphie s'avère également utile car d'une part elle ferme la vulve et la fente uro-génitale et d'autre part elle remet en tension le retinaculum antérieur.

Quant à l'amputation du col, si sa nécessité paraît évidente en cas d'allongement hypertrophique, elle est également nécessaire en cas d'allongement atrophique susvaginal ; pour certains auteurs, elle se trouve justifiée dans tous les cas, ne serait-ce que comme traitement préventif de l'allongement qui pourrait survenir ultérieurement à l'intervention.

Toute méthode qui à l'opposé viserait à suspendre et soutenir les viscères à la paroi abdominale antérieure n'est pas un traitement du prolapsus qui va réapparaître, grevé souvent d'un creusement du cul-de-sac de Douglas..

EXAMEN CLINIQUE

En matière de récidive de prolapsus, l'examen de la patiente aura deux buts : d'une part celui de juger de l'importance de la récidive et de ses répercussions fonctionnelles, d'autre part celui de préciser quelle a été la première intervention qui s'est avérée inefficace.

Pour le premier point, l'examen est conduit comme celui d'un prolapsus banal en chiffrant selon un barème le degré de descente de chaque organe ; nous avons l'habitude d'utiliser la fiche ci-jointe que nous complétons par un schéma.

Le deuxième but de l'examen mérite quelques précisions. Il faut savoir deux choses : ce qui a été fait et quand, et combien de temps cette précédente intervention a tenu.

Ce qui a été fait : on le sait trop rarement par un compte rendu opératoire, quelquefois par le médecin de famille, voire par la patiente elle-même. Dans d'autres cas, une cicatrice abdominale nous orientera vers une pexie, son association à une cicatrice vulvo-périnéale fera penser à une Triple Française ; ou bien une cicatrice périnéale postérieure isolée permettra de présumer que la première intervention était une colpopérinéorraphie postérieure. Dans certains cas cependant, le problème est difficile : lorsque la patiente est obèse et que l'on n'a aucun renseignegnement anamnestique. Cela peut se produire par exemple devant un prolapsus récidivé pour lequel on voudrait faire une colpohystérectomie, mais la patiente a déjà été opérée par voie haute et bien que le col fasse saillie à la vulve, on ne sait pas si le corps n'est pas fixé haut à la paroi abdominale. On peut s'aider dans le diagnostic de l'hystérographie qui permettra de situer avec précision l'emplacement du corps utérin et en même temps de juger de l'allongement du col. Assez souvent dans de tels cas, ce seront les constatations opératoires qui permettront de connaître exactement ce qui a été fait et la décision de l'indication risquera d'être modifiée en cours d'intervention.

Il est également intéressant de connaître l'efficacité de la première intervention. Généralement, quand la récidive est précoce (de l'ordre de quelques mois) c'est que l'indication était mauvaise et si on est amené à voir la patiente peu de temps après la récidive, il suffira de porter une indication plus adaptée au cas particulier. Au contraire, quand la récidive est tardive, l'indication n'était pas forcément mauvaise et dans l'indication du deuxième traitement chirurgical il faudra tenir compte de la dystrophie qui est peut-être seule responsable.

D	G

Releveurs
- 0 — normal
- 1 — écarté mais perceptible
- 2 — non perçu

AP. URINAIRE

— Uréthrocèle

— Cystocèle

1 - bombe à la poussée sans atteindre la vulve

2 - bombe et atteint la vulve à la poussée

Ext : est extériorisée

\+ Incontinence urinaire
- — effort
- — orthostatique

AP. GENITAL

Col utérin

— ulcération

— saignement

— allongement hypertrophique de la lèvre antérieure

— allongement hypertrophique total.

Utérus :

1) descend à la poussée ou à la traction sans atteindre la vulve

2) descend à la poussée ou à la traction à la vulve

3) vient spontanément à la vulve.

Ext : est extériorisé

Rectocèle
- non extériorisée
- extériorisée

Sphincter déchiré ou non

Elytrocèle
- non extériorisée
- extériorisée

LES OBSERVATIONS

Comme dans toute chirurgie plastique dynamique, les échecs sont fréquents, les indications difficiles à préciser et les différentes statistiques donnent un chiffre de l'ordre de 15 % de récidives. Il est assez difficile d'avancer de tels chiffres car si l'on voit les échecs des autres, par contre les malades que l'on a opérées soi-même et qui ont récidivé, se refusent à une deuxième intervention ou vont se faire opérer ailleurs, parfois par ceux-là même dont on opère les récidives, c'est dire que le chirurgien ne revoit pas tous ses échecs.

Nous rapportons 67 cas de récidives dont 40 ont été opérées la première fois par un autre chirurgien et 27 correspondent à nos propres échecs connus sur un ensemble de 310 observations pour prolapsus.

Cet ensemble d'observations constitue une série très homogène puisque c'est le même chirurgien, le Professeur J. Poulhes qui a examiné, opéré et suivi toutes ces malades et ceci entre 1955 et 1968, soit en 13 ans.

Notons d'ores et déjà qu'il y a une grande différence entre les récidives que nous avons opérées et nos échecs. Les premières sont toujours des récidives importantes et gênantes pour lesquelles un deuxième traitement chirurgical était possible et s'imposait ; ceci implique que nous n'avons pas ré-opéré toutes les récidives de prolapsus qui sont venues à notre consultation. Pour nos échecs, quelques-uns seulement sont des récidives importantes ou des complications graves ; deux ont été opérés, pour les autres, nous avons jugé qu'un deuxième traitement chirurgical serait néfaste. La plupart des échecs personnels que nous connaissons ne sont heureusement que des récidives légères et bien tolérées.

En ce qui concerne nos observations, nous les rapportons brièvement, puis nous les regrouperons en tableaux. Nous les avons numérotées de 1 à 67 : du numéro 1 au 40

inclus il s'agit de récidives venues de l'extérieur que nous avons ré-opérées ; du numéro 41 au 67 inclus il s'agit de nos propres échecs.

Nous avons essayé de grouper les observations des patientes opérées à l'extérieur en fonction du type de la première intervention pratiquée et du type de la récidive : c'est ainsi que du numéro 1 au 20 inclus nous avons groupé les interventions considérées aujourd'hui comme mauvaises pour traiter un prolapsus, alors que les 20 observations suivantes font état d'interventions insuffisantes ou mal adaptées.

Nos propres échecs également ont été regroupés non pas chronologiquement, mais en fonction du type de la récidive et de l'intervention mise en cause.

*
* *

Dans chaque observation nous avons résumé :

1) les antécédents,

2) l'examen,

3) l'intervention,

4) les résultats.

OBSERVATION N° 1

Mme B... Date de la consultation : 1961 — 52 ans.

Antécédents : 3 enfants. — 1947 : cure d'une rétroversion par ventrofixation. — 1954 : élytrocèle traitée par périnéorraphie postérieure.

Examen : 1961 : élytrocèle.

Réintervention : 1961 : cure de l'élytrocèle et Douglassorraphie.

Résultats : 1962, 1964 : pas de récidive.

OBSERVATION N° 2

Mme B... 1962 — 48 ans.

Antécédents : déchirure au premier enfant — hystérectomie subtotale + colpopérinéorraphie post. pour prolapsus 1948.

Examen : 1962, prolapsus stade III.

Réintervention : 1962, colporraphie post. et antérieure — voie abdominale : suspension du col (DIAMANT-BERGER).

OBSERVATION N° 3

Mme A... 1968 — 55 ans.

Antécédents : un forceps — ligamentopexie et périnéorraphie post. pour prolapsus — récidive traitée par une deuxième périnéorraphie post.

Examen : 1968, élytrocèle.

Réintervention : cure de l'élytrocèle par voie basse et Douglas-sorraphie.

Résultats : 1969, pas de récidive.

OBSERVATION N° 4

Mme G... 1965 — 68 ans.

Antécédents : 1951 : pexie abdominale — 1952 : récidive — de 1952 à 1955 porte un pessaire.

Examen : 1965, élytrocèle extériorisée.

Réintervention : 1967, cure de l'élytrocèle par voie basse ; par voie abdominale hystérectomie totale et Douglassorraphie.

OBSERVATION N° 5

Mme F... 1958 — 67 ans.

Antécédents : un forceps avec déchirure — 1931 : triple française — 1951 : récidive d'élytrocèle traitée par voie basse — récidive deux mois après.

Examen : 1958, élytrocèle — utérus fixé haut.

Réintervention : cure de l'élytrocèle par voie basse et Douglas-sorraphie.

Résultats : 1962, pas de récidive.

OBSERVATION N° 6

Mme A... 1964 — 42 ans.

Antécédents : 1961, hystérectomie sub-totale et colpopérinéorraphie post. pour prolapsus + fibrome.

Examen : 1964, cystocèle stade III.

Réintervention : colporraphie antérieure et post., et par voie abdominale : suspension du col restant (DIAMANT-BERGER).

Résultats : 1966, pas de récidive.

OBSERVATION N° 7

Mme M... 1963 — 31 ans.

Antécédents : 1961, hystéropexie pour prolapsus.

Examen : 1963, cystocèle et rectocèle — entre temps, hystérectomie sub-totale + PERRIN pour utérus fibromateux pratiquées à la périphérie — revue fin 1963 : prolapsus du col restant.

Réintervention : MANCHESTER.

Résultats : pas de récidive mais dyspareunie.

OBSERVATION N° 8

Mme V... 1961 — 62 ans.

Antécédents : deux enfants — déchirure — hystéropexie pour prolapsus — récidive trois ans après traitée par périnéorraphie post.

Examen : cystocèle, rectocèle — utérus fixé haut.

Réintervention : hystérectomie totale + PERRIN et par voie basse : colpopérinéorraphie post.

Résultats : pas de récidive.

OBSERVATION N° 9

Mme C... 1965 — 64 ans.

Antécédents : deux enfants — déchirure — 1954 : hystéropexie et colporraphie — récidive immédiate.

Examen : 1965 : incontinence d'urines — prolapsus stade III.

Réintervention : réfection de la pexie corporéale plus Douglas-sorraphie (sigmoïdite constatée per-opératoire) ; voie basse : amputation du col plus colpo-périnéorraphie postérieure.

Résultats : décédée par embolie pulmonaire après intervention sept mois plus tard pour sigmoïdite.

OBSERVATION N° 10

Mme M... 1966 — 50 ans.

Antécédents : 8 enfants — déchirure — 1959 : hystéropexie et périnéorraphie — récidive un mois après.

Examen : 1966 : allongement hypertrophique du col stade III.

Réintervention : 1966 : amputation du col, SHIRODKAR et périnéorraphie postérieure.

OBSERVATION N° 11

Mme D... 1967 — 56 ans.

Antécédents : 2 enfants — déchirure — 1958 : hystéropexie et périnéorraphie postérieure — récidive un an après.

Examen : 1967 : prolapsus stade III.

Réintervention : MANCHESTER.

Résultats : pas de récidive.

OBSERVATION N° 12

Mme A... 1966 — 52 ans.

Antécédents : 2 enfants — 1956 : hystéropexie et colporraphie postérieure.

Examen : 1966 : allongement hypertrophique du col.

Réintervention : amputation du col et colpopérinéorraphie postérieure.

Résultats : pas de récidive mais pollakiurie.

OBSERVATION N° 13

Mme B... 1965 — 62 ans.

Antécédents : 3 enfants — déchirure — prolapsus opéré en deux temps : hystéropexie et périnéorraphie postérieure.

Examen : 1965 : allongement hypertrophique du col.

Réintervention : amputation du col et SHIRODKAR.

Résultats : 1966 : pas de récidive.

OBSERVATION N° 14

Mme P... 1962 — 66 ans.

Antécédents : 1 enfant — prolapsus en 1937 traité par pessaire jusqu'en 1960 — 1960 : cerclage du vagin au fil de bronze.

Examen : 1962 : ablation du fil en raison de leucorrhée, cystocèle extériorisée.

Réintervention en 1963 : colpo-hystérectomie.

Résultats : 1968 : pas de récidive. Petite dystrophie sénile traitée au Colpormon.

OBSERVATION N° 15

Mme F... 1958 — 60 ans.

Antécédents : 1948 : hystéropexie — récidive un an après.

Examen : 1958 : allongement hypertrophique du col.

Réintervention : MANCHESTER.

Résultats : 1970 : pas de récidive.

OBSERVATION N° 16

Mme L... 1967 — 65 ans.

Antécédents : 1953 : hystéropexie et colpopérinéorraphie postérieure.

Examen : allongement hypertrophique du col stade III.

Réintervention : amputation du col et LE FORT.

Résultats : pas de récidive, mais petite incontinence d'urines à l'effort, passagère, neuf mois après.

OBSERVATION N° 18

Mme R... 1959 — 57 ans.

Antécédents : 4 enfants et un forceps — 1947 : hystéropexie — récidive un an après.

Examen : cystocèle stade III.

Réintervention : 1969 : MANCHESTER.

Résultats : 1965 : pas de récidive.

OBSERVATION N° 19

Mme D... 1958 — 57 ans.

Antécédents : 1949 : hystéropexie abdominale.

Examen : pessaire depuis huit ans — incontinence orthostatique d'urines — cystocèle stade III.

Réintervention : 1953 : colporraphie antérieure et postérieure associée à un Gœbell-Stœckel.

Résultats : 1965 : pas de récidive.

OBSERVATION N° 20

Mme P... 1968 — 60 ans.

Antécédents : 3 enfants — 1953 : colporraphie antérieure pour cystocèle — récidive immédiate. Hystérectomie subtotale.

Examen : récidive totale — éventration — incontinence d'urines.

Réintervention : plastie sous-vésicale et péri-isthmique par bandelette cutanée.

Résultats : 1969 : pas de récidive.

OBSERVATION N° 21

Mme D... 1962 — 62 ans.

Antécédents : déchirure post-partum — 1946 : Triple Française.

Examen : 1961 : élytrocèle extériorisée.

Réintervention : 1962 : cure de l'élytrocèle par voie basse et Douglassoraphie.

Résultats : 1969 : pas de récidive.

OBSERVATION N° 22

Mme G... 1959 — 65 ans.

Antécédents : 2 enfants — un forceps — une déchirure — 1933 : colpopérinéorraphie postérieure.

Examen : prolapsus extériorisé et pollakiurie.

Réintervention : colpo-hystérectomie.

Résultats : 1969 : pas de récidive et persistance de la pollakiurie.

OBSERVATION N° 23

Mme M... 1965 — 62 ans.

Antécédents : 4 enfants — colpo-périnéorraphie postérieure en 1946 pour prolapsus après troisième enfant — un accouchement après cette intervention entraîne une récidive. Depuis 1946 porte un pessaire.

Examen : 1965 : cystocèle stade I, allongement hypertrophique du col et tumeur dans le Douglas.

Réintervention : Manchester par voie basse avec cure d'une élytrocèle — par voie abdominale myomectomie (la tumeur du Douglas était un fibrome sous-séreux) — hystéropexie abdominale en raison d'une rétroversion importante.

Résultats : 1968 : pas de récidive.

OBSERVATION N° 24

Mme T... 1956 — 50 ans.

Antécédents : 1930 : un enfant ; déchirure — 1931 : périnéorraphie postérieure ; récidive un mois après — 1934 : deuxième périnéorraphie postérieure ; récidive trois mois après.

Examen : prolapsus stade III.

Réintervention : hystérectomie vaginale type CROSSEN et colpopérinéorraphie postérieure.

Résultats : pas de récidive.

OBSERVATION N° 25

Mme D... 1954 — 57 ans.

Antécédents : 3 enfants — prolapsus traité par colpopérinéorraphie postérieure, mais un quatrième enfant entraîne une récidive.

Examen : 1954 : prolapsus stade III. Col extériorisé et ulcéré.

Réintervention : 1956 : hystérectomie vaginale colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie postérieure.

Résultats : 1959 : pas de récidive et pollakiurie — 1969 : pas de récidive et disparition de la pollakiurie.

OBSERVATION N° 26

Mme P... 1966 — 68 ans.

Antécédents : 1943 : colpopérinéorraphie — 1946 : récidive.

Examen : cystocèle stade III, prolapsus du col stade III avec ulcération du col, releveurs faibles.

Réintervention : colpohystérectomie et colpopérinéorraphie postérieure.

Résultats : pas de récidive.

OBSERVATION N° 27

Mme J... 1960 — 55 ans.

Antécédents : 1925 : déchirure obstétricale — 1954 : cure de prolapsus comportant une hystérectomie (fibrome), une plicature vésicale et une colpopérinéorraphie postérieure.

Examen : 1959 : cystocèle stade III, sans incontinence mais avec pollakiurie importante — 1960 : incontinence d'urines.

Réintervention : réduction de la cystocèle, plicature sous-urétrale et GŒBELL-STŒCKEL.

Résultats : bons pour l'incontinence mais persistance de la cystocèle. En 1967 : traitement par « Ovestin ».

OBSERVATION N° 28

Mme G... 1969 — 44 ans.

Antécédents : 1954 : déchirure obstétricale 1963 : triple opération à la française.

Examen : cystocèle et rétention (doit réduire son prolapsus pour uriner).

Réintervention : par voie basse colporraphie antérieure et par voie haute hystéropexie au disque.

OBSERVATION N° 29

Mme D... 1954 — 63 ans.

Antécédents : prolapsus extériorisé traité par colpopérinéorraphie postérieure — fibrome utérin traité par hystérectomie totale avec reprise du périnée postérieur.

Examen : 1954 : récidive.

Réintervention : Le Fort et périnéorraphie postérieure.

Résultats : rectocèle.

OBSERVATION N° 30

Mme J... 1967 — 58 ans.

Antécédents : 2 enfants, avec épisiotomie pour le deuxième — 1947 : colpopérinéorraphie postérieure — récidive suivie d'hystérectomie subtotale.

Examen : prolapsus du col restant et cystocèle stade II.

Réintervention : plastie sous-vésicale avec lambeau cutané.

Résultats : pas de récidive.

OBSERVATION N° 31

Mme D... 1965 — 59 ans.

Antécédents : 1937 : colpopérinéorraphie postérieure — 1956 : colpopérinéorraphie antérieure et postérieure.

Examen : prolapsus extériorisé et ulcéré.

Réintervention : amputation du col, périnéorraphie postérieure et pexie corporéale.

Résultats : pas de récidive.

OBSERVATION N° 32

Mme O... 1960 — 66 ans.

Antécédents : 4 enfants, déchirure obstétricale pour le deuxième accouchement suivie de cystocèle, tolérée jusqu'en 1952 (58 ans), intervention par voie basse en 1952.

Examen : 1960 : col extériorisé, pas de cystocèle, bons releveurs.

Réintervention : colpo-hystérectomie.

Résultats : 1967 : pas de récidive.

OBSERVATION N° 33

Mme G... 1960 — 72 ans.

Antécédents : 2 enfants, avec une déchirure obstétricale non réparée ; prolapsus en 1956 traité par colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie postérieure.

Examen : cystocèle et col stade III.
Réintervention : colpo-hystérectomie.
Résultats : novembre 1960 : pas d'incontinence, bons résultats.

OBSERVATION N° 34

Mme J... 1967 — 66 ans.
Antécédents : nullipare, cystocèle opérée en 1964 par colporraphie antérieure et colpo-périnéorraphie postérieure avec amputation du col, récidive immédiate.
Examen : elytrocèle.
Réintervention : voie basse et voie haute.
Résultats : bons en 1968.

OBSERVATION N° 35

Mme A... 1964 — 61 ans.
Antécédents : 1 enfant ; 1954 : colpo-périnéorraphie postérieure.
Examen : prolapsus stade III, col ulcéré.
Réintervention : colpo-hystérectomie.
Résultats : 1965 : petit saignement sur granulome.

OBSERVATION N° 36

Mme L... 1968 — 69 ans.
Antécédents : 1932 : accouchement avec forceps — 1937 : à Rabat, triple opération à la française.
Examen : récidive totale.
Réintervention : défixation de la pexie et colpo-hystérectomie.
Résultats : pas de récidive.

OBSERVATION N° 37

Mme M... 1968 — 42 ans.
Antécédents : 1 enfant en 1953 — 1954 : cystocèle traitée par voie basse — 1966 : hystérectomie pour fibrome.
Examen : prolapsus du col restant extériorisé.
Réintervention : plastie sous-vésicale.
Résultats : 1968 : pas de récidive.

OBSERVATION N° 38

Mme C... 1965 — 54 ans.
Antécédents : 2 enfants — 1946 : triple française.
Examen : cystocèle stade III ; rectocèle — traitement médical et pessaire — aggravation de la cystocèle.
Réintervention : 1968 : hystérectomie abdominale (ALDRIDGE) et intervention vagino-périnéale.
Résultats : 1969 : petite récidive de la cystocèle.

OBSERVATION N° 39

Antécédents : 4 enfants, déchirures obstétricales — 1949 : triple française ; quatre ans après, récidive.

Examen : allongement du col hypertrophique stade III et élytrocèle.

Réintervention : 1969 : voie basse : amputation du col et résection de l'élytrocèle ; voie haute : Douglassectomie.

Résultats : pas de récidive.

OBSERVATION N° 40

Mme G... 1968 — 44 ans.

Antécédents : 1954 : déchirure obstétricale — 1963 : triple française.

Examen : 1968 : cystocèle stade III et allongement hypertrophique du col.

Réintervention : Wertheim-Schauta.

Résultats : pas de récidive.

OBSERVATION N° 41

Mme D... 1959 — 46 ans.

Antécédents : cystocèle et incontinence orthostatique traitées par double colporraphie et pexie (Mocquot-Pestalozza).

Examen : 1959 : incontinence d'urines à la marche ; fibrome.

Réintervention : hystérectomie totale et Gœbell-Stœckel.

OBSERVATION N° 42

Mme D... 1963 — 33 ans.

Antécédents : déchirure obstétricale en 1955.

Examen : 1963 : cystocèle stade II, rectocèle et pollakiurie — 1964 : incontinence d'urines.

Intervention : Gœbell-Stœckel et colporraphie.

Résultats : récidive de la cystocèle au-dessus de la bandelette aponévrotique et dyspareunie malgré un vagin large.

OBSERVATION N° 43

Mme R... 1957 — 42 ans.

Antécédents : deux forceps et une déchirure obstétricale.

Examen : prolapsus stade II, cystocèle, pollakiurie ; col utérin, frottis : P 3.

Intervention : 1957 : hystérectomie vaginale type Crossen et périnéorraphie postérieure.

Résultats : 1957 : occlusion post-opératoire — 1964 : récidive de la cystocèle.

OBSERVATION N° 44

Mme J... 1953.

Antécédents : 3 enfants, déchirure importante au troisième.

Examen : prolapsus stade III, avec cystocèle prédominante.
Intervention : triple française.
Résultats : 1958 : éventration — 1964 : dysurie — 1965 : cystocèle modérée.

OBSERVATION N° 45

Mme L... 1965 — 60 ans.
Examen : prolapsus stade III.
Intervention : hystérectomie vaginale type Crossen et colpopérinéorraphie postérieure.
Résultats : désunion par gros hématome, cicatrisation lente, laissant persister une cystocèle.

OBSERVATION N° 46

Mme G... 1959 — 40 ans.
Antécédents : 4 enfants, forceps, déchirure obstétricale.
Examen : vulve béante, cystocèle stade II, col stade I.
Intervention : double colporraphie et Baldy-Dardigues.
Résultats : 1960 : pas de récidive — 1961 : cystocèle et lâchage du périnée postérieur.

OBSERVATION N° 47

Mme S... 1954 — 31 ans.
Antécédents : forceps suivi d'un prolapsus immédiat.
Examen : prolapsus stade III et rétroversion.
Intervention : colpo-périnéorraphie postérieure. Temps abdominal : découverte fortuite d'une grossesse extra-utérine dont le traitement est complété par une ligamentopexie type Mocquot et une douglassorraphie.
Résultats : cystocèle.

OBSERVATION N° 48

Mme P... 1967 — 52 ans.
Antécédents : hystérectomie sub-totale.
Examen : prolapsus du col restant stade III et cystocèle.
Intervention : 1967 : Diamant-Berger et colpo-périnéorraphie postérieure.
Résultats : 1968 : cystocèle.

OBSERVATION N° 49

Mme L... 1964 — 66 ans.
Antécédents : 7 enfants, un forceps avec déchirure — 1948 : hystérectomie sub-totale.
Examen : cystocèle, prolapsus stade I, incontinence d'urines.

Intervention : on prévoyait de faire un Diamant-Berger et un Gœbell-Stœckel ; comme le col utérin descendait, on fit une colpo-hystérectomie.

Résultats : persistance de l'incontinence.

OBSERVATION N° 50

Mme N... 1961 — 62 ans.

Antécédents : 2 enfants, une déchirure obstétricale, un forceps. Prolapsus traité par le port d'un pessaire depuis plusieurs années.

Examen : cystocèle stade III, col stade III, rectocèle modérée.

Intervention : triple française.

Résultats : quatre mois après récidive complète par lâchage de la pexie.

OBSERVATION N° 51

Mme T... 1967 — 47 ans.

Antécédents : 2 enfants.

Examen : cystocèle stade III, col stade II, pollakiurie impérieuse.

Intervention : Manchester.

Résultats : 1968 : récidive de la cystocèle.

OBSERVATION N° 52

Mme B... 1966, 47 ans.

Antécédents : 2 enfants, un forceps et déchirure obstétricale.

Examen : prolapsus stade II et fibrome utérin enclavé. Trois mois plus tard, augmentation du prolapsus.

Intervention : hystérectomie type Aldridge et périnéorraphie postérieure.

Résultats : récidive sous forme de cystocèle.

OBSERVATION N° 53

Mme S... 1957 — 49 ans.

Antécédents : 3 enfants, déchirure obstétricale ; prolapsus après le deuxième enfant, traité par le port d'un pessaire.

Examen : prolapsus stade II, col hypertrophié et vulve béante — revue en mars 1960 : prolapsus stade III, rectocèle, pollakiurie, faux besoins ; nécessité de conserver le vagin.

Intervention : hystérectomie vaginale type Crossen et colpo-périnéorraphie postérieure.

Résultats : rectocèle sept mois plus tard.

OBSERVATION N° 54

Mme B... 1963 — 60 ans.

Antécédents : 3 enfants, un forceps avec déchirure.

Examen : prolapsus stade III.

Intervention : 1965 : colpo-hystérectomie.

Résultats : désunion post-opératoire de la colporraphie antérieure provoquant une petite récidive de la cystocèle.

OBSERVATION N° 55

Mme S... 1965 — 66 ans.

Antécédents : 2 enfants ,déchirure obstétricale.

Examen : cystocèle stade III, prolapsus du col extériorisé, rectocèle extériorisée.

Intervention : colpo-hystérectomie.

Résultats : désunion antérieure provoquant une petite récidive de la cystocèle.

OBSERVATION N° 56

Mme V... 1966 — 70 ans.

Antécédents : 4 enfants.

Examen : prolapsus extériorisé irréductible.

Intervention : colpo-hystérectomie.

Résultats : petite désunion antérieure mais pas de récidive à distance.

OBSERVATION N° 57

Mme V... 1960 — 57 ans.

Antécédents : 2 enfants, déchirure au premier.

Examen : prolapsus extériorisé et incontinence d'urines.

Intervention : hystérectomie vaginale type Crossen et colpo-périnéorraphie postérieure.

Résultats : récidive immédiate de la cystocèle et incontinence d'urines aggravée.

Réintervention : Gœbell-Stœckel qui entraîne une disparition de l'incontinence, mais la cystocèle persiste au-dessus de la bandelette aponévrotique.

OBSERVATION N° 58

Mme F... 1955 — 58 ans.

Antécédents : 2 enfants.

Examen : prolapsus extériorisé et incontinence.

Intervention : Wertheim-Schauta.

Résultats : glissement de la vessie par absence de fixation des cornes utérines au plan des releveurs et du périnée. Néanmoins disparition de l'incontinence.

OBSERVATION N° 59

Mme R... 1961 — 61 ans.

Antécédents : 2 enfants.

Examen : prolapsus stade III avec rectocèle modérée.

Intervention : triple française.

Résultats : deux ans après : rectocèle.

OBSERVATION N° 60

Mme B... 1965 — 47 ans.
Antécédents : 2 enfants (jumeaux) ; déchirure importante.
Examen : prolapsus extériorisé et incontinence d'urines.
Intervention : Manchester et Marshall-Marchetti.
Résultats : récidive de la cystocèle cinq mois après mais guérison de l'incontinence.

OBSERVATION N° 61

Mme S... 1955 — 39 ans.
Antécédents : 1 enfant en 1951 ; prolapsus immédiat.
Examen : prolapsus stade II avec allongement hypertrophique du col et rétroversion associée. Désire une grossesse ultérieure.
Intervention : double colporraphie — cure de la rétroversion par ligamentopexie type Mocquot et cloisonnement du Douglas.
Résultats : prolapsus du col stade III.

OBSERVATION N° 62

Mme S... 1959 — 63 ans.
Antécédents : 3 enfants, déchirure.
Examen : prolapsus extériorisé mal soutenu par un hystérophore.
Intervention : colpo-hystérectomie.
Résultats : 1965 : petite récidive de la cystocèle.

OBSERVATION N° 63

Mme D... 1963 — 68 ans.
Antécédents : 3 enfants, un forceps, une déchirure.
Examen : pessaire depuis 18 ans — rectocèle et élytrocèle.
Intervention : colpo-hystérectomie.
Résultats : récidive de cystocèle immédiate mais bien tolérée.

OBSERVATION N° 64

Mme D... 1962 — 46 ans.
Antécédents : 1 enfant, déchirure.
Examen : prolapsus stade III, allongement hypertrophique du col — fibrome associé.
Intervention : voie abdominale : hystérectomie type Aldridge suivie d'une double colporraphie par voie basse.
Résultats : un an après, récidive de la cystocèle.

OBSERVATION N° 65

Mme L... 1965 — 46 ans.
Antécédents : 2 enfants.

Examen : rectocèle — releveurs écartés — fibrome associé important avec méno-métrorragies.

Intervention : hystérectomie abdominale type Aldridge et périnéorraphie postérieure.

Résultats : 1968 : rectocèle modérée.

OBSERVATION N° 66

Mme M... 1965 — 55 ans.

Antécédents : 1 enfant, accouchement difficile.

Examen : rectocèle.

Intervention : double colporraphie et plicature du rectum.

Résultats : récidive de la rectocèle un mois après, au-dessus du plan de la myorraphie des releveurs.

OBSERVATION N° 67

Mme R... 1956 — 64 ans.

Antécédents : 1 enfant.

Examen : prolapsus stade III avec cystocèle prédominante — fibrome associé.

Intervention : hystérectomie sub-totale interannexielle et Perrin ; par voie basse : colporraphie antérieure et colpo-périnéorraphie post.

Résultats : trois mois après : prolapsus du col restant et pollakiurie impérieuse.

Erreurs d'indications

Tableau I

N°	Date Age	Type de prolapsus Premier traitement	Date Age	Type de récidive	Traitement de la récidive
1	1954 45	élytrocèle pér. post.	1961 52	élytrocèle	résection du sac et douglassorraphie
2	1948 34	hyst. sub-totale + colpo-per. post.	1962 48	prolapsus III	colporraphie et Diamant-Berger
3		ligamentopexie + périn. post.	1958 55	élytrocèle	résection du sac et douglassorraphie
4	1951 54	pexie abd.	1952 55	élytrocèle	résection du sac, hystérectomie et douglassorraphie
5	1951 60	élytrocèle périnéorraphie	1958 67	élytrocèle	résection du sac, hystérectomie et douglassorraphie
6	1961 38	prolapsus fibrome hyst. sub-totale	1964 42	cystocèle III	colporraphie et Diamant-Berger
7	1961 29	hystéropexie	1963 31	prolapsus du col restant	Manchester
8	1921	hystéropexie	1961	prolapsus III	hystérectomie totale + Perrin et colpo-

	53	colpo-per. post.	64	incontinence	douglassorraphie
10	1959 43	hystéropexie et colpo-per. post.	1966 50	allongement col	amputation du col, retension ligamentaire, périn. post.
11	1958 47	hystéropexie et colpo-per. post.	1967 56	prolapsus III	Manchester
12	1956 42	hystéropexie et colpo-per. post.	1966 52	allongement col	amputation du col et colpo-per. post.
13	1946 43	hystéropexie et colpo-per. post.	1965 62	allongement col	amputation du col et retension ligamentaire
14	1960 64	cerclage vaginal au bronze	1962 66	cystocèle ext.	colpo-hystérectomie
15	1948 50	hystéropexie	1958 60	allongement col	Manchester
16	1943 54	pexie après échec de colpo. (1926)	1953 64	prolapsus II	Le Fort
17	1953 51	hystéropexie et colpo-per. post.	1967 65	allongement col extériorisé	amputation du col et Le Fort
18	1947 45	hystéropexie	1959 57	cystocèle III	Manchester
19	1949 48	hystéropexie	1958 57	cystocèle III incontinence	colpo- ant. et Marion Gœbell-Stœckel
20		hystérectomie sub-totale	1968 60	prolapsus III incontinence	Tchoukhrienko modifié

Erreurs d'indications

Tableau II

N°	Date Age	Premier traitement	Date Age	Type de récidive	Traitement de la récidive
21	1946 46	triple française	1961 61	élytrocèle	résection du sac et douglassorraphie
22	1933 39	colpo-per. post.	1959 65	prolapsus III	colpo-hystérectomie et périnéorraphie post.
23	1946 43	colpo-per. post.	1965 62	cystocèle I élytrocèle all. col	Manchester et myomectomie
24	1934 38	périnéorraphie post.	1956 50	prolapsus total	hystérectomie vaginale + colpo-périnéorraphie post.
25		colpo-per. post.	1954 57	prolapsus III	hystérectomie vaginale + colpo-périnéorraphie post.
26	1943 45	colpo-per. post.	1966 68	prolapsus III	colpo-hystérectomie + périnéorraphie post.
27	1954 49	hystérectomie (fibrome) colporraphie	1959 54	cystocèle III incontinence	Marion + Gœbell-Stœckel
28	1963	triple française	1969	cystocèle III	colporraphie ant. et hystéropexie

30	1945 36	colpo-per. post.	1967 58	cystocèle III + prolapsus col	Tchoukhrienko modifié
31	1956 50	colpo. ant. + colpo-per. post.	1965 59	prolapsus III et extériorisé	amputation du col + per. post. ; hystéropexie et douglassorraphie
32	1952 48	colporraphie ant. et colpo-per. post.	1960 66	col III	colpo-hystérectomie
33	1956 68	colporraphie ant. et colpo-per. post.	1960 72	cystocèle + col III	colpo-hystérectomie
34	1964 63	Manchester	1967 66	élytrocèle	résection du sac et douglassorraphie
35	1954 51	colpo-per. post.	1964 61	prolapsus III	colpo-hystérectomie
36	1937 38	triple française	1968 69	prolapsus total all. hyper. col	colpo-hystérectomie
37	1954 28	colpo-per. post.	1968 42	prolapsus col rest. et rectocèle	Tchoukhrienko modifié
38	1946 35	triple française	1968 54	cystocèle III rectocèle	hystérectomie, Aldridge + colporraphie ant. et post.
39	1949 42	triple française	1969 62	col III et élytrocèle	amputation du col ; résection du sac et douglassorraphie
40	1963 39	triple française	1968 44	cystocèle III all. du col	Wertheim-Schauta

Echecs personnels

Tableau III

N°	Date Age	Type de prolapsus	Intervention pratiquée	Date et type de récidive
41	1953 40	cystocèle et incontinence ortho.	Marion +colpo. per. post. et pexie (Mocquot)	1959 : incontinence traitée par Gœbell-Stœckel
42	1963 33	cystocèle, rectocèle, incontinence	colpo-per. post. et Gœbell-Stœckel	cystocèle au-dessus de la bandelette
43	1957 42	prolapsus II	hystérectomie vaginale et per. post.	1964 : cystocèle
44	1953	prolapsus III	triple française	1965 : cystocèle modérée dysurie
45	1965 60	prolapsus III	hystérectomie vaginale et colpo-per. post.	1965 : désunion et cystocèle
46	1959 40	cystocèle II	colpo. ant. et post. + Baldy-Dartigues	1961 : cystocèle et lâchage du périnée post.
47	1954 31	prolapsus III et rétroversion	colpo-per. post. et hystéropexie (Mocquot)	cystocèle
48	1967 52	prolapsus du col restant III ; cystocèle	Diamant-Berger et colpo-per. post.	1968 : cystocèle
49	1964 66	prolapsus II et incontinence	colpo-hystérectomie	1964 : persistance de l'incontinence
50	1961 62	prolapsus III	triple française	1961 : récidive complète par lâchage de la pexie
51	1967 45	prolapsus III et incontinence d'effort	Manchester	1968 : cystocèle mais pas d'incontinence

	52	pollakiurie	colpo-per. post.	
54	1965 62	prolapsus III	colpohystérectomie	1965 : cystocèle par lâchage ant.
55	1965 66	prolapsus ext. et rectocèle ext.	colpohystérectomie	1965 : petite cystocèle par désunion ant.
56	1966 70	prolapsus ext. et irréductible	colpohystérectomie	1966 : désunion ant. mais pas de cystocèle
57	1960 57	prolapsus ext. incontinence	hystérectomie vaginale et colpo-per. post.	1960 : cystocèle et incontinence traitées par Gœbell-Stœckel.
58	1955 58	prolapsus ext. incontinence	Wertheim-Shauta et per. post.	1955 : récidive, mais guérison incontinence
59	1961 61	prolapsus III et rectocèle	triple française	1963 : rectocèle
60	1965 47	prolapsus ext. petite incontinence	Manchester et Marshall-Marchetti	1965 : cystocèle mais pas d'incontinence
61	1955 39	prolapsus II et rétroversion	triple française et douglassorraphie	1956 : col III
62	1959 63	prolapsus ext. et rectocèle	colpohystérectomie	1965 : petite cystocèle
63	1963 68	rectocèle et élytrocèle	résection du sac et colpohystérectomie	1963 : cystocèle
64	1962 46	prolapsus III et fibrome	hystérectomie (Aldridge) et colporraphie	1963 : cystocèle modérée
65	1965 46	rectocèle et fibrome	hystérectomie (Aldridge) et per. post.	1968 : rectocèle modérée
66	1965 55	rectocèle	colpo. ant. + colpo-per. post. et plicature rect.	1965 : récidive au-dessus de la myorraphie
67	1956 64	prolapsus III, cyst. ext. et fibrome	hystérectomie sub-totale + Perrin et colporraphie	1956 : prolapsus col rest. pollakiurie impérieuse.

ANALYSES DES RECIDIVES

Ces observations de récidives de prolapsus vont nous permettre maintenant d'étudier avec plus de précisions deux éléments. Le premier s'attache à la récidive elle-même : nous allons voir quels sont les types de récidives que nous avons rencontrés et avec quelle fréquence ; nous avons ainsi regroupé les observations en un tableau en séparant nos échecs des récidives que nous avons reçues. Le deuxième élément que nous étudierons s'attache au pourquoi de la récidive et dans ce chapitre nous verrons, également résumé en un tableau, les diverses interventions pratiquées qui ont échoué et nous essayerons par l'analyse de discerner les causes de ces récidives.

LES RÉCIDIVES

Avant d'entamer ce chapitre, il est nécessaire de rappeler et de bien mettre l'accent sur le fait qu'il y a plusieurs types de récidives. La récidive totale qui se produit quelques semaines ou mois après l'intervention n'a rien de commun sur le plan physiopathologique et même thérapeutique avec la récidive partielle qui peut se produire quelques années plus tard et qui ne gêne pas ou peu la patiente. On peut aller à l'extrême jusqu'aux récidives que l'on peut rencontrer quelque vingt ans plus tard et où la dystrophie et la sénilité tissulaire sont les premiers responsables. Dans notre série d'observations nous rencontrons tous ces extrêmes : récidive précoce (obs. 24) où la patiente après une intervention pratiquée en 1931 a eu une récidive un mois après ; en 1934 la même intervention est pratiquée à nouveau, celle-ci tient à son tour seulement trois mois ; récidive tardive (obs. 5) où une triple française a tenu pendant vingt ans de 1931 à 1951, date à laquelle la patiente qui avait 41 ans au moment de l'intervention en a 61.

Les récidives sont totales ou partielles. On peut par l'analyse des récidives entrevoir déjà que dans certains cas il s'agit bien d'une intervention qui a échoué, mais que par contre ailleurs, il s'agit d'un oubli plus ou moins volontaire d'un temps chirurgical, nous voulons parler de la récidive sous forme d'allongement du col. Enfin dans d'autres cas, il s'agit d'une complication du traitement chirurgical sous type d'élytrocèle et surtout d'incontinence urinaire.

1° *Les récidives totales :* nous en avons 21 cas. Elles répondent 19 fois à des malades venues de l'extérieur, par contre nous n'avons sur nos 310 prolapsus opérés, que deux récidives totales (obs. 50 et 58). En dehors du cas où la récidive est très tardive, celle-ci correspond à un traitement chirurgical mal exécuté, insuffisant ou mal adapté au prolapsus que l'on devait traiter. Ceci est manifeste pour nos propres échecs que nous pouvons analyser avec précision puisque à l'opposé des récidives venues de l'extérieur nous connaissons parfaitement l'état antérieur des lésions.

2° *Les cystocèles :* également, même petites, elles sont bien visibles et presque toujours traitées ; la récidive du prolapsus sous cette forme vient d'un vice de technique ou d'une intervention inadaptée. Cette récidive est particulièrement fréquente : 23 fois sur 67, mais ici alors que nous l'observons 7 fois dans les récidives extérieures, c'est 16 fois que nos échecs ont apparu sous cette forme. Jamais cependant, notons-le au passage, une de ces 16 cystocèles n'a été ré-opérée, car elles ont été toujours modérées, et si nous trouvons parmi les ré-interventions de prolapsus venus de l'extérieur davantage de récidives totales que de cystocèles c'est que les premières sont plus mal tolérées que les deuxièmes ; dans l'ensemble cependant la cystocèle est l'élément le plus souvent retrouvé dans la récidive d'un prolapsus.

3° *L'allongement du col :* sa survenue dans le cadre d'une récidive pose un autre problème car il peut avoir été méconnu. Il a été retrouvé 8 fois comme élément isolé dans une récidive ; il est difficile de dire si le col était déjà allongé au moins dans sa portion supra-vaginale ou si son allongement a été secondaire à l'intervention.

La méconnaissance d'un allongement atrophique du col va faire que malgré un traitement correct des autres éléments du prolapsus, cet allongement qui était à l'origine

difficilement décelable à l'examen clinique va devenir bientôt patent, faisant parler de récidive du prolapsus surtout si les modifications de suspension cervico-isthmique provoquent un élément d'allongement hypertrophique. Il est donc nécessaire, comme nous le verrons au chapitre du traitement, d'amputer un col au cours d'un traitement de prolapsus chaque fois qu'un allongement est décelable à l'hystérométrie ou à l'hystérographie ; il est nécessaire également de la pratiquer chaque fois que le col descend à la traction de la pince de Pozzi (Merger). Pour certains auteurs même, cette amputation doit être systématique (Palmer, Musset, Hervet) (109). Nous verrons les restrictions qu'il y aura à apporter pour la femme désireuse d'avoir encore des grossesses.

4° *L'élytrocèle :* nous l'avons rencontrée 7 fois, toujours chez des malades venues de l'extérieur. Dans nos observations nous retrouvons les deux pathogénies de l'élytrocèle : soit engendrée par l'hystéropexie abdominale qui visait à traiter le prolapsus et qui s'est compliquée d'un creusement du cul-de-sac du Douglas (obs. 3, 4, 5, 21 et 39). Soit qu'il s'agisse d'une méconnaissance de la hernie du Douglas lors du premier bilan pré-opératoire (obs. 1 et 34), l'élytrocèle non traitée s'est accentuée jusqu'à devenir évidente et gênante alors que les autres éléments du prolapsus bien traités n'ont pas récidivé.

Le dépistage de l'élytrocèle débutante est généralement difficile, et c'est souvent pendant l'intervention, en faisant l'amputation du col que l'on a la surprise, à l'arrière, d'ouvrir le péritoine. On peut, comme le conseille Ameline, visualiser le cul-de-sac de Douglas par une radiographie en position debout après injection de lipiodol dans le péritoine par voie intra-utérine.

Quant au premier type d'élytrocèle, sa fréquence après l'hystéropexie fait que ce genre d'intervention, en particulier la triple française, est en nette régression dans le catalogue opératoire du traitement du prolapsus.

5° *La rectocèle :* sa récidive est assez rare, mais sa présence dans un prolapsus est également peu fréquente. Nous l'avons rencontrée 6 fois dont 4 fois parmi nos propres échecs. Il nous apparaît que le traitement de la rectocèle est difficile, car la périnéorraphie postérieure est généralement insuffisante à la contenir et que la plicature de l'ampoule, même bien exécutée, ne met pas à l'abri de façon constante d'une récidive.

6° *L'incontinence urinaire :* huit incontinences d'urines vraies sont relevées dans nos observations. 4 viennent de l'extérieur, ont été opérées et guéries (obs. 9, 19, 20 et 27). 4 font partie de nos échecs, sur ces 4, 3 pré-existaient avant l'intervention et l'on peut parler de persistance de l'incontinence (obs. 41, 49 et 57) ; 1 est acquise après cure du prolapsus et on doit parler d'incontinence latente (obs. 67).

Le problème de l'incontinence mérite que l'on s'y arrête car son association fréquente avec le prolapsus en complique le traitement ; par ailleurs, l'infirmité qu'elle entraine domine toujours le prolapsus lui-même.

Les troubles mictionnels observés au cours des prolapsus ne sont pas représentés de façon univoque par les incontinences : on trouve par ordre d'infirmité croissante, la dysurie simple, la pollakiurie impérieuse, l'incontinence à l'effort et à la marche et de façon plus rare l'incontinence orthostatique. Comme on le trouve dans les observations, deux cas peuvent se présenter. Si une incontinence d'urines accompagne le prolapsus (il s'agit généralement d'un prolapsus de moyenne importance avec cystocèle prédominante), on devra dans l'éventail thérapeutique choisir une intervention efficace pour l'incontinence ou associer au traitement du prolapsus une intervention spécifique du trouble mictionnel. Si l'incontinence est latente, elle apparaîtra après le traitement du prolapsus et sera une complication grave. Elle est cliniquement inapparente ou simplement prévisible s'il existe un certain degré de dysurie ; on la rencontrera surtout après réduction d'une grosse cystocèle ou après une colpo-hystérectomie (Merger) (177).

De nombreux efforts ont été faits pour permettre de déceler une incontinence d'urines potentielle. Certains auteurs (Granjon et coll.) (97) insistent sur la valeur de la « sphincterométrie rétrograde » : toute baisse de pression de passage au-dessous de 50 mm de mercure doit faire craindre une incontinence d'urines après réduction de la cystocèle. Il semble cependant que l'étude cystographique soit un examen plus facile à réaliser et aussi fidèle pour déceler de telles incontinences en puissances. Citons les travaux de Pontonnier A., Pontonnier F. et Combel R. (321) : ces auteurs étudient sur des clichés de cystographie le déplacement du col vésical au repos et à l'effort par rapport à sa position anatomique. Après avoir injecté dans la vessie 150 cc de produit opaque dilué par une sonde de Foley, on introduit dans cette sonde quelques grains de plomb pour visualiser l'urèthre. Le col vésical est normalement

situé 2 à 3 cm en arrière de la partie moyenne de la symphyse pubienne ; son abaissement au repos ou en poussée de 1 à 3 cm fait suspecter pour ces auteurs une incontinence d'urines potentielle et les amène à pratiquer une intervention en conséquence, le plus souvent une interposition vésico-vaginale.

Il est important de faire porter tous ses efforts sur la détection d'une incontinence d'urines latente pour éviter de transformer par un traitement chirurgical mal adapté, une infirmité anatomique en une infirmité fonctionnelle désastreuse.

*
**

Tableau des différentes variétés de récidives

Type de récidive	Nombre	N° des observations
récidives totales	21	2, 7, 8, 9, 11, 16, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 40, 50, 58.
cystocèles isolées	23	6, 14, 18, 19, 27, 28, 38, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 54. 55, 57, 60, 62, 63, 64,
allongements du col	11	7, 10, 12, 13, 15, 17, 32, 37, 39, 61, 67.
élytrocèles	7	1, 3, 4, 5, 21, 34, 39.
incontinences d'urines	8	9, 19, 20, 27, 41, 49, 57, 67.
rectocèles	6	37, 38, 53, 59, 65, 66.

Tableau du premier procédé pratiqué

Type d'intervention	Nombre	N° des observations
hystéropexies isolées	7	4, 7, 8, 15, 16, 18, 19.
hystéropexies + per. post.	7	3, 9, 10, 11, 12, 13, 17.
colpo-périnéorraphies post.	12	3, 8, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 35, 37.
per. ant. + colpo-per. post.	5	16, 20, 32, 33, 66.
Manchester	3	34, 51, 60.
triples françaises	14	5, 21, 28, 36, 38, 39, 40, 41, 44, 46, 47, 50, 59, 61.
hystérectomies sub-totales idem + colporraphies	4 1	2, 6, 7, 20. 67.
hystérectomies totales idem + colporraphies	2 3	27, 29. 52, 64, 65.
hystérectomies vaginales	4	43, 45, 53, 57.
colpo-hystérectomies	6	49, 54, 55, 56, 62, 63.
Wertheim-Schauta	1	58.
Gœbell-Stœckel	1	42.
Diamant-Berger	1	48.

CAUSES DES RÉCIDIVES

Elles sont nombreuses et fort différentes ; on peut ainsi schématiquement distinguer quatre chapitres :

— les défauts de cicatrisation ;

— les causes obstétricales ;

— les récidives dues à une faute technique opératoire ;

— surtout les récidives dues à une erreur d'indication.

I) Les défauts de cicatrisation :

1° La cause la plus banale est celle qui détruit le travail comme elle détruit la réfection d'une paroi abdominale : c'est l'hématome infecté qui entraîne par la suite la désunion des sutures et le lâchage plus ou moins complet. C'est le cas d'une de nos malades (obs. 45) où la désunion ne fut d'ailleurs que partielle sur le périnée antérieur entraînant une cystocèle secondaire, alors que la cicatrisation du périnée postérieur, longue, fut suivie d'une sclérose bienfaitrice. Egalement (obs. 54, 55, 56), dans trois observations un lâchage pariétal s'est soldé deux fois (obs. 54, 55) par une récidive de la cystocèle.

2° Même sans hématome et sans désunion, il est assez fréquent que les releveurs se disjoignent en profondeur. La qualité des tissus peut être en cause et la suture de releveurs minces chez une femme âgée est souvent illusoire. Mais compte aussi la possibilité qu'a chaque individu de cicatriser « ceci explique que les meilleures sutures des releveurs peuvent échouer, de sorte qu'on ne trouvera plus au lieu du bloc solide qu'on escomptait qu'un périnée illusoire formé par un simple adossement cutanéo-muqueux » (ROMAN) (239). D'ailleurs selon PALMER (205) qui met en doute la réalité de la suture des releveurs, celle-ci, lorsqu'elle est effectivement faite « représente un véritable vice anatomique que la nature cherchera à corriger par tous les moyens ».

Pour éviter au maximum ce lâchage de la suture des releveurs, nous utilisons, comme la plupart des auteurs, des fils de nylon (supranyl) qui sont souples et solides, dans la suture du plan profond du périnée postérieur, et qui semblent moins scier les fibres musculaires que les crins.

3° Ces phénomènes sont encore plus accusés chez la femme âgée ou d'une façon plus générale chez la femme

présentant une dystrophie tissulaire avancée. Là, aucun des moyens classiques de chirurgie plastique n'est pratiquable et nous verrons que l'on doit s'adresser à d'autres méthodes soit mutilatrices, soit de plasties.

II) Les accouchements survenus dans les suites de l'opération sont incontestablement un facteur de récidive. Dans notre série nous avons trois observations de telles récidives (obs. 23) où la récidive fut contenue par un pessaire pendant dix ans, (obs. 25, 16). Cependant, la récidive n'est pas absolue et l'on connaît des observations d'accouchement après traitement d'un prolapsus qui, grâce à une épisiotomie soigneusement réparée, n'ont pas été suivies de récidive. Il semble cependant raisonnable de conseiller à une femme opérée de prolapsus une césarienne. On évite généralement d'opérer les femmes trop jeunes désireuses d'avoir encore des enfants et le pessaire est pour elles une solution d'attente tout à fait convenable. Dans le cas où le prolapsus trop important nécessiterait une intervention chirurgicale, il est prudent de prévenir la patiente qu'une intervention périnéale plus complète sera, sans doute, à envisager ultérieurement.

III) Les fautes techniques : elles sont représentées par la mauvaise réalisation d'un temps opératoire soit par manque d'information, soit parce que des difficultés inattendues sont venues gêner l'exécution d'une suture, d'un point, d'une tension ligamentaire ; ou encore qu'un excès de réduction tissulaire, comme une colporraphie postérieure trop étendue, entraîne un mauvais résultat fonctionnel de la plastie. Autre faute technique dans la section du col, son insuffisance la rend peu efficace, son excès peut être source de complications métrorragiques. Quoi qu'il en soit, tout chirurgien est sensible à cette imperfection et chacun a connu au cours de sa carrière, au terme d'une intervention, cette insatisfaction traduisant le sentiment de n'avoir pas bien fait ou complètement fait ou, au contraire, d'en avoir trop fait.

Dans nos récidives, nous pouvons noter quelques fautes techniques manifestes : dans l'observation 58 où le traitement choisi était un Wertheim-Schauta, l'opérateur a négligé de suspendre les cornes utérines aux releveurs, ce qui se solda par la chute de l'utérus en avant entraînant la vessie. Dans l'observation 64 où l'association d'un gros fibrome nécessitait un traitement par voie haute, celui-ci fut réalisé en premier (hystérectomie intra-fasciale) et a gêné secon-

dairement la dissection de la cystocèle : faute technique de déroulement dans le temps qui s'est soldée par une récidive de la cystocèle.

IV) Les erreurs d'indications : ce sont surtout les erreurs d'indications qui vont être à l'origine des récidives, et, poser une bonne indication chirurgicale est bien souvent difficile. Dans certains cas, il saute aux yeux d'un spécialiste averti que telle ou telle intervention n'était pas à faire dans tel ou tel cas particulier, mais dans bien d'autres occasions une indication qui paraissait à première vue convenable s'est soldée par un échec ; on ne peut pas affirmer dans ces cas difficiles qu'une autre intervention aurait tenu, mais on peut dire bien souvent que l'on pouvait poser une indication différente qui aurait eu plus de chances de réussite. Poser la bonne indication en matière de prolapsus génital, c'est trouver pour une patiente donnée l'intervention qui donnera le plus de chances de réussite tout en se conformant à l'âge et aux désirs d'activité sexuelle de celle-ci.

Nous n'avons pas la prétention de discuter à propos de chaque observation s'il y a eu vraiment une erreur d'indication et quelle elle a été, nous allons plutôt passer en revue les diverses modalités opératoires que nous avons rencontrées qui, pour une patiente donnée, avec des lésions données, ont échoué.

De toutes ces interventions que nous avons résumées dans un tableau, nous pensons que :

— certaines ont échoué parce qu'elles ne sont pas, d'une façon générale, adaptées à un traitement d'un prolapsus génital : c'est le cas pour les pexies abdominales isolées et pour les hystérectomies abdominales, qui visent à traiter le prolapsus d'un ensemble de viscères par la suspension ou l'ablation d'un organe isolé.

— D'autres nous paraissent avoir échoué parce que, toujours dans le cas particulier d'une patiente donnée, elles n'étaient pas suffisantes : c'est le cas général des interventions par voie basse qui demeurent incomplètes.

— Enfin dans d'autres cas, le problème est plus complexe encore : il s'agit d'une intervention réputée comme efficace et qui dans un cas particulier a échoué, et là il faut rechercher si l'intervention était bien adaptée et si une autre intervention également tenue pour efficace n'aurait pas pu réussir.

A) Dans le cadre des interventions généralement inefficaces nous avons dit que nous rangions les hystérectomies abdominales et les pexies antérieures.

1° En ce qui concerne les hystérectomies, la plupart ont été motivées en raison d'une lésion associée, le plus souvent un fibrome, jugé trop volumineux pour permettre une intervention d'hystérectomie par voie vaginale. Nous avons ainsi, dans notre série, 2 hystérectomies sub-totales (obs. 6 et 7), 2 hystérectomies totales (obs. 27, 29). Dans ces 4 cas, certes, l'hystérectomie était sans doute un geste nécessaire, mais d'une part il n'y a eu de suspension ni du col restant ni du dôme vaginal, d'autre part un traitement par voie basse qui était nécessaire pour traiter le prolapsus n'a pas été fait.

La faute est plus grave lorsque l'hystérectomie a été indiquée dans le but de traiter le prolapsus : nous en avons deux observations (obs. 2 et 20) qui sont toutes deux des hystérectomies sub-totales sans suspension du col ni cure de prolapsus associée.

Dans tous ces cas, on peut dire que le traitement du prolapsus n'a pas été fait ; mieux encore, en particulier en ce qui concerne les utérus fibromateux, la masse utérine empêche le vagin de se dérouler et l'ablation de ce « bouchon » va en accélérer la colpocèle et le prolapsus des autres organes pelviens.

En ce qui concerne l'hystérectomie elle-même : si elle est totale il est nécessaire d'amarrer le dôme vaginal aux ligaments utéro-sacrés et ronds comme cela est fait dans la technique d'hystérectomie intra-fasciale type Aldridge qui ne désinsère pas complètement les ligaments utéro-sacrés du dôme vaginal et qui s'accompagne d'une suspension de ce même dôme par les moignons des ligaments ronds. Si l'hystérectomie est sub-totale, elle laisse susbsister le col qui, agissant comme un piston dans un cylindre, va plonger à l'effort dans le vagin favorisant son allongement et la colpocèle. Ceci est manifeste pour un de nos échecs (obs. 67) où après une hystérectomie sub-totale associée à une suspension vésicale type Perrin et à une double colporraphie, nous avons eu trois mois plus tard un prolapsus du col restant.

2° Les pexies abdominales pratiquées isolément sont également des interventions qui ne traitent pas le prolapsus génital : nous en avons 7 observations (4, 7, 8, 15, 16, 18, 19) ; ce sont des interventions illogiques, inefficaces et dangereuses.

— Elles ne soutiennent pas l'utérus de façon satisfaisante, mais le basculant en avant, elles suppriment l'appui postérieur du col, ce qui va favoriser son allongement.

— Elles ouvrent le Douglas, favorisant l'élytrocèle et ceci malgré une Douglassorraphie éventuellement associée.

— Elles peuvent être à l'origine d'une incarcération d'anses intestinales, soit de part et d'autre de l'utérus pexié au niveau des « trous de la mort » si la fermeture latéro-utérine est insuffisante, soit par lâchage d'un point au niveau de la Douglassorraphie.

En tout cas elles négligent les véritables moyens de suspension des organes pelviens.

B) Les pexies abdominales associées à un traitement par voie vaginale et les discofixations postérieures ne souffrent certes pas d'une critique aussi sévère et nous allons voir à leur propos les reproches qu'on peut faire, de façon générale, qui peuvent expliquer un certain nombre de récidives.

1° Les pexies abdominales associées à une périnéorraphie postérieure : nous en avons 7 observations (3, 9, 10, 11, 12, 13, 17) qui se sont soldées à court terme par un échec soit total, soit sous forme d'allongement hypertrophique du col (10, 12, 13, 17). On peut dire d'une façon générale qu'il s'agit d'une mauvaise intervention et que ses indications restent bien exceptionnelles. En effet, par rapport à la pexie simple elle ajoute une périnéorraphie postérieure qui ne traite que bien partiellement le prolapsus. Si le prolapsus est modéré la périnéorraphie postérieure risque d'améliorer la situation locale et la récidive se fera par l'allongement du col ; si le prolapsus est plus important, la cystocèle en particulier qui n'est pas traitée, va évoluer de son côté et la récidive sera rapidement totale.

On peut donc admettre que proposer cette intervention pour traiter un prolapsus même à prédominance utérine et postérieure est le plus souvent faire une erreur d'indication, sans compter que, comme la pexie abdominale isolée, les mêmes complications d'élytrocèle (obs. 3) et d'occlusion sont à redouter.

2° La triple française : prônée au Congrès de Gynécologie de langue française en 1923 comme étant l'intervention-clé du prolapsus génital : les nombreux échecs obtenus par la suite font que son indication aujourd'hui devrait être exceptionnelle. On ne peut pas dire qu'il s'agit d'une mauvaise intervention car elle traite bien le prolapsus par

voie basse en faisant une colporraphie antérieure et postérieure, mais elle remplace le geste essentiel au niveau des ligaments cervico-isthmiques par la suspension abdominale du corps utérin, c'est là où se trouve l'erreur ; en effet, cette suspension est d'une part capable d'engendrer les mêmes complications que les pexies sus-citées, mais également elle favorise l'allongement du col qui sera le point de départ de la récidive : le col est en effet suspendu dans le vide du cylindre vaginal et ce col piston va dérouler la colpocèle en s'allongeant.

Nous avons rencontré cette intervention 14 fois (obs. 5, 21, 28, 36, 38, 39, 40, 41, 44, 46, 47, 50, 59, 61) dont 5 fois parmi nos échecs. Les échecs obtenus ont été en proportions égales les élytrocèles, les allongements hypertrophiques et les récidives totales.

Nous pensons que cette intervention généralement est une mauvaise indication dans le traitement du prolapsus en raison des élytrocèles et des allongements hypertrophiques du col qu'elle engendre et si on peut opposer à cette affirmation le fait que, bien souvent, la triple française a donné satisfaction, on peut également concevoir que dans ces cas-là toute autre intervention par voie basse aurait suffi. Notre attitude à l'égard de la triple française n'est pas cependant une attitude d'opposition absolue, car, nous le verrons dans notre chapitre de traitement, dans certaines conditions, c'est une intervention que l'on peut proposer encore.

3° Les discofixations postérieures de Huguier et Ameline : sont pour certains auteurs justifiables des mêmes critiques (Gandard, L'Huillier, Wuyts et Muller de Strasbourg) (86), illogiques, inefficaces car elles ne maintiennent ni la vessie ni le rectum et dangereuses en raison du risque de spondylodiscite infectieuse. On peut dire en effet que de même que la pexie antérieure ouvre le Douglas et retire au col utérin son butoir, de même la pexie postérieure ouvre le cul-de-sac vésico-utérin et favorise la cystocèle ainsi que l'allongement du col dont l'appui périnéal postérieur disparaît. C'est pour cela que lorsque l'indication de suspension s'impose nous nous adressons à une suspension latérale transversale qui ne modifie pas l'orientation de l'utérus et a, également, l'avantage de soutenir la vessie ; cette intervention dont nous reparlerons au traitement qui est inspirée de l'intervention de Tchoukhrienko s'effectue avec un lambeau cutané et a été mise au point par J. Poulhes.

En définitive, pour en revenir à la discofixation utérine, bien que nous l'ayons utilisée autrefois avec succès (obs. 28), nous pensons que son indication tire avantage à être remplacée par une plastie transversale qui est logique, efficace et sans danger.

C) Interventions incomplètes : il s'agit d'interventions par voie basse qui n'ont traité qu'une partie du prolapsus qui a récidivé, d'abord, aux dépens de ce qui n'avait pas été réparé.

Nous avons ici 12 observations de colpopérinéorraphies pratiquées isolément et 5 colporraphies doubles sans temps opératoire sur le col.

1° La colpopérinéorraphie : valable pour réparer une plaie périnéale fraîche ou une cicatrice vicieuse du périnée, elle devient insuffisante si la dystrophie tissulaire s'y ajoute, on peut donc dire que traiter un prolapsus par une seule colpopérinéorraphie postérieure est un geste illusoire et vain et que la récidive que l'on a fréquemment est due à cette erreur d'indication.

Nous l'avons rencontrée 12 fois sur 40 observations de récidives, soit dans plus d'un quart des cas (obs. 3, 8, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 35, 37). Dans la grande majorité des cas la récidive obtenue a été une récidive complète. Si cette intervention a pu suffire à réduire pendant un certain temps de petits prolapsus, c'est davantage par la fermeture de la vulve qu'elle entraîne que par la réparation anatomique des éléments du périnée et il est vain de penser que, le coin périnéal refait, tous les organes vont pouvoir s'y appuyer : en fait, nous l'avons vu au chapitre de l'anatomie fonctionnelle, le coin périnéal soutient le tiers inférieur du vagin et la suture des releveurs participe à la remise en tension du retinaculum antérieur. Certains auteurs même considèrent la colpopérinéorraphie comme inutile et dangereuse et s'abstiennent au cours de l'intervention pour prolapsus de ce temps postérieur en raison du risque de dysparéunie qu'il fait courir. Nous pensons, au contraire, que le temps de colpopérinéorraphie postérieure est utile, témoin en est l'essai fait par Merger et Coll. (178), ces auteurs font état d'un nombre important de récidives sous forme de colpocèle postérieure et rectocèle dans la série de patientes où ils s'étaient abstenus de ce temps périnéal postérieur.

La colpopérinéorraphie postérieure pratiquée comme geste isolé tend à disparaître de plus en plus des statis-

tiques : dans une statistique de MERGER (178) nous trouvons 15,3 % de ces interventions entre 1950 et 1953 et seulement 3,9 % entre 1959 et 1962.

2° L'INTERVENTION PAR VOIE BASSE COMPRENANT COLPORRAPHIE ANTÉRIEURE ET COLPOPÉRINÉORRAPHIE POSTÉRIEURE doit également être considérée comme une intervention insuffisante dans la majorité des cas, car le temps essentiel pour la plupart des prolapsus, qui agit sur l'isthme et ses ligaments, est négligé. Nous avons 5 observations de récidives (obs. 16, 20, 32, 33, 66) dont une est un échec personnel. 3 fois sur 5 la récidive s'est faite sous forme de trachéloptose, mais dans 2 cas (obs. 16 et 33) une cystocèle l'accompagnait, ce qui montre que le temps antérieur est souvent inefficace si les ligaments isthmiques ne sont pas refaits.

Nous parlerons au chapitre du traitement du prolapsus de la femme jeune désireuse d'avoir encore une grossesse et nous verrons que si le col gagne à ne pas être amputé, la remise en tension ligamentaire est toujours possible et souhaitable.

D) Faute d'indication par inadaptation du traitement : il s'agit en d'autres termes de patientes qui ont subi une intervention solide, mais qui ont récidivé leur prolapsus du fait que l'intervention était mal adaptée à leur âge, à leur état de dystrophie tissulaire, à l'importance du prolapsus, à la taille de leur utérus.

1° PROBLÈMES POSÉS PAR LES INTERVENTIONS EN FONCTION DE L'ÂGE ET DE LA DYSTROPHIE : l'âge avancé de la malade ou l'état dystrophique important oblige à proposer des interventions mutilatrices du type de la colpohystérectomie. Vouloir faire une intervention restauratrice par voie basse à de telles patientes est illusoire, même si celle-ci est très complète et parfaitement exécutée. Le problème va se poser lorsque la patiente présente un gros prolapsus avec une dystrophie tissulaire précoce à un âge et dans des conditions où la suppression de la perméabilité vaginale ne sera pas acceptée. Il faut éviter une intervention classique du type Manchester (obs. 60) ou interposition vésico-vaginale qui sera immanquablement vouée à l'échec ; on a par contre la possibilité de s'adresser ici aux plasties par voie haute du type de celles que nous pratiquons volontiers avec un lambeau cutané suspendant vessie et utérus aux deux épines iliaques.

2° LE DEUXIÈME PROBLÈME MAJEUR, d'indication inadaptée se pose, en cas de trouble mictionnel associé au trouble

de la statique pelvienne. On remarque en effet que les interventions qui suppriment l'utérus et qui mettent en contact vessie et rectum comme la colpohystérectomie et même l'hystérectomie vaginale sont des interventions qui aggravent souvent les troubles de la miction ou les font apparaître lorsqu'ils sont latents.

Nous avons parmi nos échecs deux observations caractéristiques (obs. 49 et 57) :

— dans l'observation (49) la patiente avait un prolapsus du col restant avec incontinence d'urines, le chirurgien avait prévu de faire une suspension du col selon la technique de DIAMANT-BERGER et une suspension du col vésical du type Gœbell-Stœckel, ce qui semblait être une indication adaptée à la patiente et aux lésions qu'elle présentait ; mais en cours d'intervention, devant l'importance du prolapsus du col, il modifia l'indication en pratiquant une colpohystérectomie, ce qui se solda par une persistance de l'incontinence.

— Dans l'observation 57, l'erreur d'indication est également assez nette : il s'agissait d'une femme de 57 ans qui présentait un gros prolapsus extériorisé, pour lequel un Manchester ou une interposition paraissaient insuffisants, associé à une incontinence d'urines ; la patiente ayant refusé une colpo-hystérectomie qui était d'ailleurs une mauvaise indication, on lui fit une hystérectomie vaginale type Crossen qui fut suivie par une récidive de la cystocèle et une persistance de l'incontinence : celle-ci fut guérie par une réintervention du type Gœbell-Stœckel.

En matière d'incontinence associée à un prolapsus, il faut toujours avoir présent à l'esprit que le trouble mictionnel prime et que dans l'indication il vaut mieux traiter à coup sûr l'incontinence et risquer un échec partiel sur le prolapsus que de vouloir trop bien faire et pour cela risquer un échec sur l'incontinence. Un exemple frappant que nous avons classé dans nos échecs personnels est l'observation 42 : femme jeune de 33 ans, qui présentait une incontinence d'urines d'une part et un prolapsus modéré d'autre part (cystocèle stade II et petite rectocèle), l'intervention réalisée fut un Gœbell-Stœckel associé à une colpopérinéorraphie postérieure ce qui a entraîné une guérison de l'incontinence, mais une petite récidive de la cystocèle, cependant la patiente a vu sa vie transformée par la disparition de la grave infirmité dont elle souffrait. Dans ce cas particulier, une intervention de type Manchester-Fothergill aurait mieux traité le prolapsus mais aurait été moins sûre en ce qui concerne

l'incontinence ; par contre, une intervention du type Wertheim-Schauta aurait très certainement aussi bien traité l'incontinence et aurait également évité la récidive de la cystocèle.

3° Suivant l'importance relative du prolapsus d'un organe par rapport à un autre, et la taille de l'utérus, diverses fautes d'indication peuvent être commises.

Nous avons déjà parlé des temps particuliers que nécessitaient une grosse rectocèle ou une grande élytrocèle. En ce qui concerne la taille de l'utérus nous avons également vu qu'un gros utérus pouvait contenir un prolapsus et les risques d'aggravation que faisait courir son ablation : chaque fois qu'elle sera nécessaire il faudra tenir compte de ce facteur. La taille de l'utérus joue également un rôle dans le déterminisme de l'indication d'une interposition vésico-vaginale : sa taille excessive empêche sa réalisation, le contraire voue l'intervention à l'échec. Dans l'observation 58 l'interposition vésico-vaginale de l'utérus a échouée d'une part à cause d'une faute technique, mais aussi d'autre part parce que l'utérus était, sans doute, trop petit et trop mobile.

Reste un certain nombre d'observations où nous avons obtenu une récidive qui nous paraît inexpliquée car l'indication paraît bien adaptée, il n'y a pas eu de faute technique et chez l'opérée les tissus n'étaient pas particulièrement dystrophiques. Dans l'observation 43 nous avons eu une récidive de cystocèle après hystérectomie vaginale de type Crossen ; de même une cystocèle inexpliquée est apparue après un Manchester dans l'observation 51. Dans l'observation 57 la mauvaise indication, en raison de l'incontinence, d'une hystérectomie vaginale explique la persistance des troubles mictionnels mais pas la récidive de la cystocèle. Dans l'observation 52 enfin nous avons également eu une cystocèle après une colpo-hystérectomie aux suites opératoires normales.

Toutes les statistiques font état de récidives assez mal expliquées. Merger (178) en particulier, ne peut expliquer 13 récidives de cystocèle apparues malgré une bonne dissection et une colporraphie solide.

Une meilleure connaissance de la physiopathologie du prolapsus et des moyens de suspension des organes pelviens permettront sans doute dans l'avenir de poser encore plus précisément les indications et de réduire ce chiffre de récidives « inévitables ».

CHAPITRE COMPARATIF DES STATISTIQUES

Les récidives de prolapsus génitaux sont fréquentes et ceci même dans les mains de chirurgiens spécialisés. Nous avons étudié ce qui nous semblait, à la lumière d'observations de récidives, être les causes les plus courantes de celles-ci. Mais poser la bonne indication du traitement chirurgical d'un prolapsus n'est pas toujours chose simple, de nombreux facteurs interviennent en allant des lésions associées qui compliquent la lésion statique jusqu'aux désirs génitaux et de gestation de la patiente. Pour bien montrer ces difficultés, nous avons jugé utile de rapporter ici quelques-unes des statistiques françaises parmi les plus importantes.

1° La statistique de Merger (178) (1964) fait état d'une étude sur 750 prolapsus opérés entre 1950 et 1962. Seuls 600 dossiers sont transcrits dans cette statistique, 50 résultats étant trop précoces et 100 patientes n'ayant pas été revues.

Sur les 600 patientes revues, cet auteur présente :

481 cas, soit 83,5 % de très bons résultats,

79 cas, soit 13,8 % d'échecs partiels :

trachéloptoses	: 31 cas,	5,2 %
colpocèles post.	: 17 cas,	2,7 %
cystocèles	: 22 cas,	3,7 %
élytrocèles	: 6 cas,	1 %

16 cas, soit 2,7 % de récidives totales.

Sur 750 malades, 94 avaient déjà été opérées d'un prolapsus par un autre chirurgien, ce qui donne : 12,5 % d'interventions pour récidive.

2° La statistique de Roman (239) (1960) fait état de 375 prolapsus opérés avec 3 récidives totales ré-opérées, soit 1 %.

Sur ces 375 interventions, 19 avaient déjà été opérées par un autre chirurgien, ce qui donne 5 % d'interventions pour récidive.

3° Mathieu et Chabert (40) (1967) font état de 440 interventions de Halban pour prolapsus et donnent :

107 cas, soit 68 % de très bons résultats,
59 cas, soit 22 % de résultats moyens,
2 cas, soit 0,4 % de cystocèles,
9 cas, soit 3,3 % de récidives totales,
18 cas, soit 6,3 % d'incontinences orthostatiques,

Soit au total 10 % de mauvais résultats.

4° Dans notre statistique très homogène, car toutes les patientes ont été examinées, traitées et suivies par le même chirurgien (J. Poulhes), nous faisons état de 310 interventions pour prolapsus entre 1953 et 1968. Nous avons ainsi :

282 cas, soit 92 % de très bons résultats anatomiques,
24 cas, soit 8 % de récidives avec 22 cas de récidives partielles et 2 cas de récidives totales,
4 cas, soit 1,3 % d'incontinences orthostatiques.

Par ailleurs, nous avons opéré 40 récidives venant d'autres chirurgiens, ce qui donne un chiffre de 13 % d'interventions pour récidive.

Ces études statistiques sont intéressantes mais ne doivent en aucun cas être comparées :

— d'une part chaque chirurgien ne juge pas ses résultats selon les mêmes critères ; par ailleurs la récidive peut se faire quelques années plus tard et la statistique se trouve ainsi en perpétuel remaniement. Dans la majorité des cas cependant, quand l'indication est mauvaise la récidive apparaît dans l'année qui suit et nous avons déjà dit ce que l'on pouvait penser des récidives tardives qui sont dues davantage à une dystrophie tissulaire acquise chez la femme âgée et qu'on ne peut, dans ce cas, parler de récidive imputable au chirurgien.

— Enfin les statistiques des résultats sont dans l'ensemble plus optimistes qu'en réalité car les patientes que l'on a opérées et surtout celles qui n'ont pas bénéficié d'un succès complet ne reviennent pas toujours en consultation : dans ce dernier cas, bien souvent, la patiente va consulter un autre chirurgien ou bien se résigne à la récidive. Le prolapsus génital en effet souffre d'une mauvaise réputation et nombreuses sont les femmes qui croient et qui disent que le prolapsus ne se guérit jamais complètement et que le plus souvent il « revient » après l'opération.

Ce nombre de patientes que nous ne revoyons pas à nos consultations de contrôles et dont certaines, échecs du traitement chirurgical que nous avons pratiqué, vont consulter ailleurs, se retrouvent dans le nombre des récidives que nous opérons :

94 cas pour MERGER, soit 12,5%,

40 cas pour nous, soit 13 %,

19 cas pour ROMAN, soit 5 %.

ROMAN constate que la somme de ses échecs totaux connus avec celles des récidives qu'il a opérées donne un pourcentage correspondant à la réalité des récidives qu'il doit avoir.

TRAITEMENT PREVENTIF DES RECIDIVES

En matière de prolapsus génital, nous venons de voir que le problème le plus important et également le plus difficile à résoudre était celui de l'indication opératoire : si l'indication est bien posée, la récidive est pratiquement écartée, au contraire l'intervention inadaptée ou incomplète sera suivie rapidement par la réapparition de la descente d'un organe voire d'une récidive complète.

Il existe pour traiter un prolapsus de très nombreux procédés, parmi ceux-ci, nous avons déjà dit que certains ne devaient plus être utilisés.

Il s'agit des pexies abdominales isolées qui sont inefficaces sur le prolapsus, et dangereuses,

et des hystérectomies abdominales qui, en supprimant un organe de la ptose, d'une part ne suppriment pas la ptose elle-même, mais au contraire l'aggravent car, en enlevant l'utérus, on enlève également ce qui reste de suspension et d'amarrage dans le petit bassin.

Mais toutes les autres méthodes constituent un arsenal thérapeutique important qu'il faut savoir utiliser et nous pensons qu'il est exagéré de se cantonner à trois ou quatre méthodes de traitement chirurgical aux indications schématiques : c'est une façon trop facile de concevoir le traitement du prolapsus qui amène dans bien des occasions à poser une indication thérapeutique efficace mais abusive ou à l'opposé inadaptée.

Au contraire, tout en ayant des préférences pour un petit nombre de méthodes de traitement chirurgical particulièrement efficaces que l'on utilise plus couramment, nous avons à notre disposition tout un ensemble d'autres techniques qui, rejetées par certains et surestimées par d'autres, peuvent trouver leur place dans telle ou telle indication particulière.

1° Dans le cas général du prolapsus, nous pratiquons surtout la colporraphie par voie basse, type Halban ou Manchester ; nous avons utilisé ces interventions 112 fois sur 310, et la colpohystérectomie que nous avons pratiquée 83 fois. Ces deux interventions sont logiques en regard de la physiopathologie et efficaces car elles traitent tous les éléments du prolapsus.

La colpohystérectomie est réservée à la femme âgée qui présente un gros prolapsus utérin avec dystrophie tissulaire, elle implique l'absence de rapports sexuels ultérieurs. Nous ne la pratiquons pas en présence d'incontinence ou de troubles dysuriques associés car la suppression de l'utérus aggrave généralement le trouble mictionnel.

Le Manchester ou l'intervention de Halban s'appliquent aux autres prolapsus de la femme plus jeune : ils réduisent bien la cystocèle et la colpocèle, refont le coin périnéal sur lequel le col s'appuira à l'effort, enfin le Manchester par son amputation supra-vaginale du col et la remise en tension ligamentaire traite le trouble de la suspension de façon constante.

2° Dans certains cas cependant nous sommes amenés à abandonner ces deux techniques pour d'autres qui semblent plus adaptées au cas particulier.

1) Le Wertheim-Schauta associé à une périnéorraphie post. : très efficace en cas de grosse cystocèle chez la femme de la cinquantaine, il implique un utérus sain de taille suffisante pour former une bonne pelote, un prolapsus utérin modéré car malgré l'amarrage de celui-ci aux releveurs, si ses éléments de soutien sont trop insuffisants on risque d'avoir après traitement un glissement du corps utérin interposé avec la vessie. On associe volontiers à l'interposition vésico-vaginale une amputation du col utérin qui d'une part traite l'allongement présent ou à venir, et par ailleurs met à l'abri d'un néo du col éventuel.

Si le Wertheim-Schauta est très efficace pour traiter une grosse cystocèle, il réduit également de façon constante les troubles dysuriques qui peuvent être associés.

Cette excellente intervention est rejetée par certains auteurs en raison des difficultés opératoires qu'elle entraîne si l'on est amené à intervenir secondairement sur l'utérus pour néoplasme.

2) L'hystérectomie vaginale selon la méthode de Crossen associée donc à une colporraphie antérieure et à une colpo-

périnéorraphie post. est également efficace à condition que l'on fasse un solide hamac pelvien avec les ligaments ronds et utéro-sacrés (soit par la méthode de Crossen, soit par la méthode de Campbell).

Dans quels cas la pratiquer :

— d'une part chaque fois qu'au prolapsus s'associent petit fibrome, métrorragies, lésions cervicales importantes ;

— d'autre part chez la femme d'un certain âge qui refuse la colpohystérectomie : elle n'est certes pas aussi efficace que cette dernière intervention mais en cas de prolapsus utérin prédominant, lorsque toute re-tension ligamentaire paraît illusoire, l'hystérectomie vaginale avec colporraphie reste une bonne méthode. Comme la colpohystérectomie nous la contre-indiquons, pour les mêmes raisons, chaque fois qu'il existe des troubles urinaires associés.

3) La triple française : nous l'utilisons plus rarement aujourd'hui surtout à cause des risques d'élytrocèle, mais elle peut être indiquée chez la femme qui refuse la colpohystérectomie et dont le prolapsus est essentiellement utérin.

4) L'intervention de Le Fort et dérivées : si elles sont de moins en moins utilisées au profit de la colpohystérectomie, elles gardent leurs indications dans quelques cas, chez les femmes âgées en mauvais état général.

5) Quant à la colpopérinéorraphie post, isolée, si elle est généralement une intervention insuffisante et vouée à la récidive, elle peut être indiquée pour traiter les colpocèles post. pures ou associées à une rectocèle, nous l'avons ainsi utilisée 18 fois ; ou encore pour traiter une élytrocèle isolée primitive ou post-hystéropexie : 12 fois nous avons utilisé la colpopérinéorraphie post. associée à un temps sur le Douglas.

3° Quelques problèmes particuliers se posent :

1) La femme désireuse d'avoir encore des enfants peut être opérée si le prolapsus est important et si le maintien par le pessaire est inefficace ou impossible. Chez elle l'amputation du col est à éviter car elle peut être d'une part un facteur de stérilité, mais surtout un facteur de grossesse pathologique avec avortement au sixième mois (Broco et Robert) (232). Ainsi donc plutôt que l'opération de Manchester, on pourra pratiquer :

— soit une colporraphie antérieure suivie d'une colpopérinéorraphie post. associée éventuellement à une plicature des paramètres ;

— soit une remise en tension des ligaments utéro-sacrés à la manière de SHIRODKAR.

De toute façon, il est prudent de conseiller une césarienne en fin de grossesse et de prévenir la patiente du risque de récidive après la naissance du fait de cette grossesse et de l'intervention qui risque d'avoir été incomplète et insuffisante.

2) La femme qui présente un gros prolapsus et une dystrophie tissulaire majeure, mais qui veut conserver une vie sexuelle : une intervention de Manchester ou une interposition sont généralement insuffisantes ; l'hystérectomie vaginale ne résoudrait pas le problème de la colpocèle et seule une colpohystérectomie serait efficace devant de telles lésions. On peut dans ce cas avoir recours à la plastie par voie abdominale qui tout en conservant le vagin et sa perméabilité va permettre une réduction efficace de la cystocèle, du prolapsus utérin, et de la colpocèle.

De nombreuses techniques de suspension par voie abdominale ont été décrites. Nous avons déjà énoncé les critiques que nous faisons aux fixations antérieures et aux promontofixations de l'isthme selon la technique de HUGUIER-AMELINE et SCALI : les premières favorisent l'élytrocèle, les deuxièmes en ouvrant le cul-de-sac vésico-vaginal favorisent la récidive de la cystocèle et toutes les deux en modifiant la position du col utérin favorisent son allongement. Nous n'avons par contre aucune expérience en ce qui concerne la grande plastie sagittale en hamac de HUGUIER.

Nous préférons nous adresser aux plasties transversales et aux fixations pubiennes qui reposent l'utérus dans une position anatomique : plusieurs types de ces suspensions ont été décrits : la technique d'ORSONI suspend l'isthme aux ligaments de COOPER ; la technique de KAPANDJI suspend par une bandelette de dacron placée transversalement d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre la face antérieure de l'isthme et la face postérieure de la vessie. Nous utilisons depuis quelques années, pour notre part, une technique dérivée de celle de TCHOUKHRIENKO (285) : cet auteur pratique une suspension de l'isthme utérin, transversale grâce à une bandelette de « capron » qui est suturée aux épines iliaques. Nous avons modifié cette technique d'une part en remplaçant le tissu de « capron » par une bandelette cutanée et surtout en ajoutant à la suspension isthmique une plastie sous-vésicale qui réduit la cystocèle et replace le col de la vessie en position anatomique.

Cette intervention comprend un temps bas vaginal de préparation et de réparation et un temps abdominal de suspension et de reposition ; elle bénéficie de façon certaine du travail à deux équipes.

— Par voie basse après incision de Crossen on dégage d'une part le cul-de-sac vésico-utérin et d'autre part les faces latérales de la vessie dans l'espace pelvi sous-péritonéal. On place alors de façon temporaire un lac dans chaque espace latéro-vésical, ces deux lacs sont unis par un nœud central qui est placé dans le cul-de-sac vésico-utérin. L'intervention par voie basse se termine par une colporraphie antérieure et une colpopérinéorraphie post.

— Par voie haute : deux temps différents :

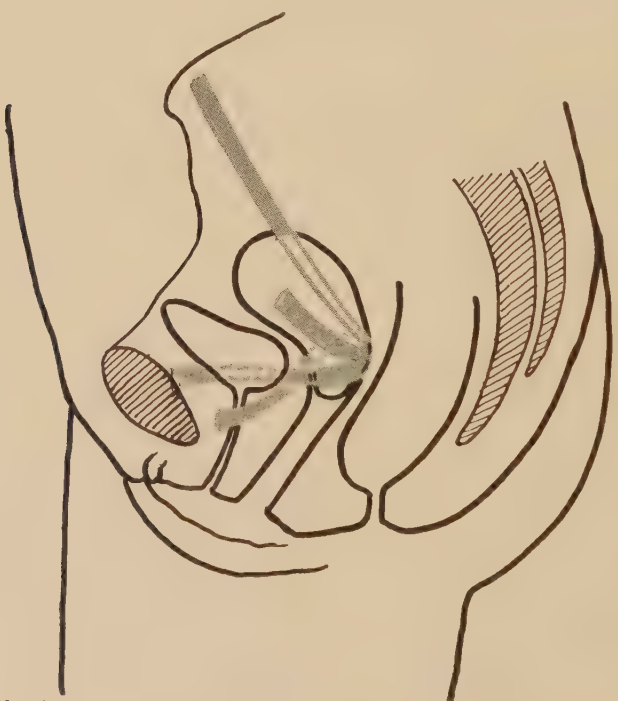
— premier temps de préparation du lambeau cutané : l'incision cutanée est en fait une excision de peau de trois travers de doigt de large allant d'une épine iliaque à l'autre et passant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. On réalise une véritable dermolipectomie sous-ombilicale transversale, bénéfique par ailleurs pour la paroi généralement flasque et dystrophique de ces femmes. La peau prélevée est ensuite débarrassée de la couche graisseuse d'un côté et de la couche épidermique de l'autre au bistouri, puis le lambeau est préparé par découpage, de façon à réaliser quatre bandelettes unies en leur centre ;

— deuxième temps : après ouverture de la paroi en médiane, par voie sous-péritonéale tout d'abord on retrouve les deux extrémités des lacs derrière la symphyse pubienne de part et d'autre du col vésical. Par voie intra-péritonéale ensuite après incision du cul-de-sac vésico-vaginal on attire le nœud qui unit les deux lacs, celui-ci est sectionné et on obtient deux cordons de toile allant du col de la vessie à l'isthme utérin. Il ne reste plus qu'à tunnelliser les ligaments larges de chaque côté ainsi que le péritoine à la face postérieure de l'isthme utérin ; on peut dès lors mettre la plastie en place : la portion d'union est fixée sous le péritoine de la face post. de l'isthme utérin, les deux jambes post. de la plastie cutanée sont glissées sous le péritoine du ligament large jusqu'aux épines iliaques où on les fixera en tension, les deux jambes antérieures croisent à la face antérieure de l'isthme, sont attachées chacune à un lac et par traction sur ce lac apparaissent de part et d'autre du col vésical où on les fixe alors à la symphyse pubienne et aux ligaments de Cooper.

Ainsi est réalisée une suspension efficace des organes génito-urinaires, replaçant l'utérus en position anatomique, alors que les suspensions antérieures ou postérieures accusent l'antéversion ou la rétroversion.

Cette intervention a été appliquée à certaines de nos récidives (obs. 20, 30, 37). Nous l'avons réalisée en première main sept fois avec pour l'instant d'excellents résultats.

Plastie sous-vésicale : mise en place de la bandelette de toile.



Plastie sous-vésicale : vue latérale de la plastie cutanée.

Plastie sous-vésicale : vue supérieure de la plastie cutanée.

3) Un dernier problème particulier est celui du prolapsus après hystérectomie. Là aussi il y a de nombreuses façons de le résoudre :

— Si la patiente est âgée et renonce à toute activité sexuelle, la colpectomie de complément est une solution efficace, de même que le cloisonnement vaginal chez une patiente fragile.

— Si la patiente veut conserver une activité génitale, la solution se pose différemment selon que l'hystérectomie a été sub-totale ou totale.

Quand l'hystérectomie a été sub-totale, nous utilisons volontiers la suspension du col restant selon la technique de DIAMANT-BERGER en évitant d'exercer une traction excessive sur le col qui pourrait engendrer une élytrocèle. Nous avons utilisé dix fois cette méthode avec de bons résultats. Si le col est hypertrophique, il faut l'amputer et si le prolapsus est modéré, compléter l'intervention par une double colporraphie. Par contre si le prolapsus est déjà important le fait d'avoir complété l'hystérectomie risque d'être un facteur aggravant, aussi est-il préférable de s'adresser dans ces cas-là à une plastie par voie abdominale soit de type Kapandji, soit du type de la plastie cutanée sous-vésicale. Ces méthodes de plastie peuvent également

être utilisées même en l'absence d'amputation du col lorsque la dystrophie est très importante et qu'une suspension simple du col du type Diamant-Berger paraît insuffisante.

Quand l'hystérectomie a été totale, c'est à une plastie par voie abdominale du type Kapandji ou Tchoukhrienko modifiée qu'il faudra le plus souvent s'adresser.

Les prolapsus compliqués sont les plus à même de récidiver soit que la complication puisse être en elle-même un élément de récidive (cas de l'élytrocèle et de l'incontinence) soit que cette complication transforme un geste chirurgical simple en un geste plus difficile (c'est le cas du fibrome associé).

1° PROLAPSUS + ÉLYTROCÈLE : il faut à tout prix reconnaître l'élytrocèle et la traiter si l'on veut éviter la récidive précoce. Nous avons vu que quand elle est petite, elle passe facilement inaperçue au cours de l'examen clinique, mais que par contre si l'on fait une amputation du col, on ouvre alors le cul-de-sac de Douglas en arrière du col et on reconnaît l'élytrocèle. Si elle est petite et primitive, la résection du sac et la suture péritonéale par voie basse suffisent le plus souvent ; il n'en est pas de même lorsque l'élytrocèle est la conséquence d'une pexie abdominale de l'utérus ou bien lorsque, primitive, elle est importante : il est nécessaire dans ces cas de compléter la cure par voie basse par un cloisonnement du Douglas ou une Douglassectomie.

2° PROLAPSUS + INCONTINENCE : nous avons déjà envisagé dans le chapitre précédent les problèmes posés par les troubles mictionnels patents et les moyens de détecter une incontinence latente. Rappelons que les interventions comme l'hystérectomie vaginale, la colpohystérectomie qui favorisent l'accollement de la vessie au rectum sont à éviter dans ces cas-là.

Plusieurs gestes d'association sont possibles en cas de dysurie simple selon la technique choisie pour traiter le prolapsus :

— Si l'on pratique une intervention de type Manchester on s'efforcera de soigner la dissection de la cystocèle et de bien la soutenir par un hamac vaginal solide en y associant des plicatures sous-uréthrales. A ce sujet précisons que si l'on peut faire la colporraphie antérieure en deux plans en individualisant un fascia sous-muqueux dit fascia de HALBAN, ce geste est souhaitable, mais qu'il est vain de

dédoubler à tout prix la paroi vaginale lorsque ce deuxième feuillet est peu visible : on risque de transformer la suture d'un plan résistant en une suture de deux plans fragiles.

— Si l'on est amené à opérer par voie abdominale on peut associer avec bénéfice en cas de troubles mictionnels mineurs une cervicocystopexie type Perrin ou Marshall-Marchetti.

— Si la cystocèle est prédominante et si les conditions sont requises quant au volume du corps utérin, l'interposition vésico-vaginale est une solution efficace et élégante qui traite convenablement le prolapsus et améliore de façon certaine les troubles mictionnels.

Néanmoins quand il existe une incontinence d'urines vraie, nous nous adressons plus volontiers à une suspension du col vésical par fronde du type Gœbell-Stœckel que nous associons au traitement du prolapsus. Nous avons utilisé 13 fois cette méthode avec des résultats favorables excepté une rétention prolongée et une récidive à la quatrième année.

3° Reste le problème du fibrome : plusieurs tactiques opératoires ont été proposées :

— S'il s'agit d'un myome sous-séreux nous associons la myomectomie par voie abdominale au traitement du prolapsus (obs. 23).

— Dans d'autres cas nous pratiquons une hystérectomie soit par voie basse si le fibrome est petit : hystérectomie vaginale ou colpohystérectomie ; sinon par voie haute hystérectomie intra-faciale type Aldridge associée à une double colporraphie par voie basse et une périnéorraphie post. Le dôme vaginal est suspendu aux moignons des ligaments ronds et si cela est insuffisant, on peut l'amarrer plus solidement en le fixant aux ligaments de Cooper.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RECIDIVES

Les récidives des prolapsus génitaux chez la femme ont de nombreux visages. Dans un tableau où nous résumons ces divers aspects on trouve que :

21 fois la récidive a été totale (2 fois dans nos observations) ,

23 fois la récidive a été sous forme de cystocèle isolée ou largement prédominante (16 fois dans nos observations),

11 fois nous avions un allongement hypertrophique du col,

6 fois une rectocèle,

7 fois une élytrocèle conséquence généralement d'une hystéropexie antérieure,

8 fois enfin une incontinence d'urines a persisté ou est apparue après traitement, isolément ou associée à une récidive anatomique.

Nous avons traité 40 récidives de prolapsus opérés par d'autres chirurgiens et seulement deux de nos récidives, la plupart de nos échecs étant des récidives légères et partielles pour lesquelles un nouveau traitement chirurgical paraissait peu bénéfique ; quelquefois, cependant, la récidive était plus importante, mais nous ne sommes pas réintervenus car il nous a semblé être au bout des ressources chirurgicales.

Le traitement de la récidive dépend d'abord de son type, de l'âge de la patiente à l'époque de la consultation, mais aussi du premier traitement pratiqué. Nous avons dit qu'il n'était pas toujours facile de savoir ce qui avait été fait exactement la première fois par l'examen clinique, et qu'on avait parfois intérêt à pratiquer une hystérographie pour connaître la disposition exacte de l'utérus.

Compte tenu de ces faits, 4 grands types de traitements des récidives sont à distinguer :

1° Il est des cas, peu nombreux, où il suffit de compléter ce qui a déjà été fait : 4 fois nous avons pratiqué une recoupe du col pour allongement hypertrophique secondaire (obs. 10, 12, 13 et 17) ; le périnée paraît solide, le prolapsus est bien réduit, il n'est pas besoin d'envisager un nouveau traitement de réparation du périnée. 3 fois (obs. 1, 34 et 39) nous avons complété le premier traitement par la cure d'une élytrocèle passée inaperçue la première fois, et qui par sa taille, qui s'est exagérée au cours des ans, a amené la patiente à consulter.

2° Le plus souvent il faut faire une nouvelle cure complète du prolapsus.

Ceci s'impose devant les récidives totales, mais ceci est également nécessaire dans les récidives par cystocèle pour lesquelles la colpocèle antérieure est rarement isolée et s'accompagne d'une faiblesse de tout le périnée ; tout se passe au fond comme si la cystocèle était le premier temps apparent d'un effondrement total latent ; une simple colporraphie antérieure est insuffisante et il faut porter l'indication opératoire comme si le prolapsus était total.

Suivant l'âge et l'état des lésions on peut proposer :

— une colporraphie antérieure et post. type Manchester : nous l'avons pratiquée 6 fois.

— plus souvent cependant cette intervention plastique est insuffisante en raison de la dystrophie et de l'importance de la récidive, et comme l'âge auquel nous voyons les récidives est souvent supérieur à 60 ans, on peut avec bénéfice pour la patiente proposer une intervention supprimant le vagin : 7 fois nous avons pratiqué une colpohystérectomie, 4 fois un cloisonnement vaginal.

— en présence de gros délabrements, la patiente ayant demandé qu'on lui conserve une perméabilité vaginale, nous avons pratiqué une fois une triple française (obs. 31), 3 fois une plastie sous-vésicale type Tchoukhrienko modifiée (obs. 20, 30, 37), 1 fois seulement une hystérectomie vaginale.

— 3 fois pour fibrome associé, nous avons pratiqué une colporraphie par voie basse et une hystérectomie abdominale intra-fasciale ; 2 fois enfin nous avons suspendu un col restant à la manière de Diamant-Berger.

3° Il est des cas où il faut défaire avant de refaire, cela se trouve en particulier dans les récidives après hystéropexie abdominale :

— 3 fois nous avons pratiqué une hystérectomie totale en raison d'un utérus fixé haut (obs. 4, 5, 38) avant de pratiquer le traitement d'une élytrocèle 2 fois et d'une récidive totale 1 fois.

— dans l'observation 28 nous avons défait la pexie antérieure avant de pratiquer une promontofixation à la Huguier-Scali.

— dans l'observation 40, la défixation a permis l'interposition de l'utérus à la Wertheim-Schauta.

4° Enfin assez souvent c'est sur une complication du premier traitement que s'orientera le traitement de la récidive.

— C'est le cas des élytrocèles apparues à la suite d'une hystéropexie, nous venons d'en voir deux observations (4 et 5) où le traitement a nécessité une défixation préalable du corps utérin et une hystérectomie. Dans d'autres cas, la cure de l'élytrocèle post-hystéropexie a pu se faire sans qu'il soit nécessaire de défixer l'utérus : dans l'observation 3 l'élytrocèle fut secondaire à une ligamentopexie ; dans l'observation 21 secondaire à une triple française ; dans l'observation 39 l'élytrocèle également secondaire à une triple française, mais accompagnée ici d'un allongement hypertrophique du col. Par voie basse, on effectue une dissection et une résection du sac péritonéal, puis l'on pratique une périnéorraphie post. ; par voie abdominale, on ferme le Douglas soit par des points en bourses simples ou étagés croisés à la Kapandji ou bien on effectue une Douglassectomie.

— C'est également le cas des complications urinaires à type d'incontinence survenant après traitement d'un prolapsus (obs. 19 et 27) : dans l'observation 19 une récidive de cystocèle et une incontinence d'urines sont apparues après une hystéropexie abdominale et ont été traitées par une colporraphie antérieure avec plicatures vésicales type Marion associée à un Gœbell-Stœckel.

Dans l'observation 27 une cystocèle et une incontinence d'urines sont apparues après une hystérectomie associée à une colporraphie et ont été bien réduites par un traitement identique à celui de l'observation précédente.

Donc 4 grands types de traitements, en fait parfois mêlés, puisque des complications du traitement primitif peuvent être associées à une récidive de la cystocèle ou même à une récidive totale. De même il faudra défaire pour refaire un prolapsus total récidivé après hystéropexie haute ou également pour traiter une simple élytrocèle apparue après une hystéropexie.

Le traitement d'une récidive d'un prolapsus n'est pas chose simple car on se trouve d'une part devant des tissus plus mauvais que la première fois, la femme étant souvent nettement plus âgée, par ailleurs les plans de clivage ont disparu, enfin psychologiquement le premier échec met la patiente dans un état de septicisme plus grand que la première fois. En définitive, sauf dans les cas où il suffit de compléter le premier traitement, la cure d'un prolapsus récidivé est plus difficile quant à l'indication précise et à la technique opératoire que celle d'un prolapsus habituel.

Nous avons suivi les récidives de prolapsus ré-opérées et dans l'ensemble les résultats obtenus sont satisfaisants.

— Pour certains nous n'avons qu'un recul d'un an : 15 cas avec 12 très bons résultats et 3 résultats excellents pour le prolapsus mais avec une petite pollakiurie (obs. 12, 22, 33) peu gênante pour la patiente ; 2 sont survenues après colpohystérectomie et 1 après amputation du col et colpo-périnéorraphie post.

— Nous avons un recul plus appréciable de 2 à 5 ans dans 12 cas avec 11 très bons résultats et 1 dysparéunie.

— Un recul de 6 à 12 ans dans 8 cas avec 5 très bons résultats, 1 cystocèle, 1 rectocèle et 1 petite dystrophie sénile survenue 6 ans après la réintervention chez une femme de 72 ans que nous traitons médicalement.

— Quant aux deux patientes que nous avons ré-opérées parmi nos propres échecs en raison d'une incontinence d'urines persistante après la première intervention (obs. 41 et 57), une intervention de Gœbell-Stœckel a été pratiquée chaque fois et a guéri l'incontinence avec un recul de 10 ans dans l'observation 41 et de 9 ans dans l'observation 57.

De même que nous croyons qu'il ne faut pas schématiser à l'extrême les indications chirurgicales du traitement d'un prolapsus génital, à plus forte raison nous sommes certains qu'en présence d'une récidive il faut tenir compte de l'éventail thérapeutique que nous avons à notre disposition pour adapter à chaque cas particulier l'intervention adéquate.

C'est pourquoi nous avons préféré exposer 4 grandes rubriques thérapeutiques d'orientations plutôt que de donner un barème thérapeutique précis en fonction de l'âge et des lésions ; trop de facteurs entrent en jeu en allant de l'état dystrophique plus ou moins avancé au type d'intervention qui a été pratiquée la première fois et qui a échoué et en tenant compte du contexte psycho-social de la patiente.

Nous constatons cependant que sur 33 cas de récidives opérées, si l'on omet les récidives non ré-opérées et les élytrocèles, nous avons pratiqué 11 fois, soit 1 fois sur 3 une intervention mutilatrice, supprimant le vagin et 3 fois une plastie cutanée sous-vésicale par voies combinées. Ce qui revient à dire qu'en cas de récidive le traitement devra faire moins de concession à la fonction sexuelle qu'au cours du premier traitement et que bien souvent il faudra supprimer le vagin. La plastie cutanée sous-vésicale peut être une indication intéressante car elle s'adresse à de telles récidives, qui nécessiteraient une colpohystérectomie, mais permet de conserver au vagin sa perméabilité : 3 récidives ont ainsi été traitées avec d'excellents résultats et un recul de deux ans.

S'il se pose un problème dans le choix de l'intervention à appliquer en cas de récidive de prolapsus, un problème d'indication d'intervenir se pose préalablement. Nous avons dit que nous avions opéré 40 récidives de prolapsus déjà traités par d'autres chirurgiens, mais pour ces 40 interventions combien en avons-nous réfutées ? De même sur 27 récidives personnelles 2 seulement ont eu une indication chirurgicale secondaire.

On peut schématiquement distinguer 3 types de patientes présentant une récidive :

— Celle qui n'a aucune récidive anatomique mais qui présente une symptomatologie fonctionnelle, le plus souvent douloureuse, parfois une petite pollakiurie : généralement il y a une grande participation psychologique et il ne faut pas faire un nouveau traitement chirurgical.

— Celle qui a un prolapsus anatomique récidivé, mais bien accepté car moins gros et moins complet que celui qui existait avant l'intervention, et accompagné d'aucune symptomatologie fonctionnelle : là non plus, il ne faut pas ré-intervenir, la patiente ne demande généralement pas une ré-intervention qui, par ailleurs, risquerait de ne pas l'améliorer beaucoup sur le plan anatomique, mais surtout de l'aggraver sur le plan fonctionnel.

— Reste le troisième groupe : soit qu'il existe une récidive anatomique avec signes fonctionnels associés, soit qu'il existe uniquement une récidive anatomique mais importante et gênante : dans ce cas, généralement, la femme demande à être ré-opérée ou sinon il est de notre devoir de lui proposer un réintervention qui dans la majorité des cas apportera, sinon une guérison complète, du moins une amélioration convenable. C'est à ce troisième groupe que répondent toutes les indications opératoires que nous avons portées.

CONCLUSIONS

Sur une série homogène de 310 prolapsus, nous pouvons faire état de 8 % d'échecs connus et de 40 interventions pour récidives. Rappelant les statistiques françaises les plus significatives, nous avons cherché à déterminer les causes des récidives de prolapsus après traitement chirurgical.

Des études récentes permettent de faire une mise au point sur la statique pelvienne et la physiopathologie du prolapsus. Il ressort de ces travaux qu'un rôle essentiel est joué par les ligaments de l'isthme utérin (ligaments de Mackenrodt et ligaments utéro-sacrés), tandis que les muscles releveurs de l'anus ont une action dans le soutien de la partie basse du vagin. Enfin des études dynamiques par la mise au point du colpocystogramme ont permis de préciser le déplacement du col utérin qui, au cours de l'effort, vient prendre appui sur le butoir coccygoraphélien.

Les conclusions thérapeutiques qui découlent de ces travaux sont d'une part l'importance de la réparation des ligaments cervico-isthmiques, d'autre part l'avantage qu'il y a à remettre l'utérus en position anatomique.

L'étude de 67 observations de récidives, dont 40 sont des patientes déjà opérées par d'autres chirurgiens et 27 nos propres échecs, nous a permis d'en tirer des conclusions quant aux causes les plus fréquentes des récidives et les moyens de les éviter.

Les récidives les plus couramment observées sont les cystocèles (23 cas) et les récidives totales (21 cas). Les causes des récidives sont de quatre ordres :

1° *Les défauts de cicatrisation :* soit dystrophie tissulaire très avancée pourvoyeuse d'une récidive tardive, soit hématome post-opératoire.

2° *Les causes obstétricales.*

3° *Les fautes techniques opératoires.*

4° *Surtout les erreurs d'indications :* poser une bonne indication opératoire d'un prolapsus en tenant compte des désirs et de l'état psychologique de la patiente est souvent difficile.

1) Certaines interventions sont mauvaises pour traiter un prolapsus, illogiques, inefficaces et dangereuses : il s'agit de l'hystérectomie abdominale et de l'hystéropexie abdominale isolée.

D'autres interventions qui s'y rapprochent comme la triple française, traitent efficacement certains prolapsus, mais sont grevées d'élytrocèles post-opératoires.

2) Dans d'autres cas les récidives apparaissent parce que le geste chirurgical a été incomplet pour traiter tous les éléments d'un prolapsus : il s'agit le plus souvent d'une colpopérinéorraphie post. faite isolément ou d'un traitement chirurgical qui a négligé une amputation du col et une remise en tension ligamentaire.

3) Enfin dans d'autres occasions la récidive est due à une maladaptation d'une intervention au type de prolapsus qu'on se proposait de traiter. Parfois l'intervention n'est pas assez mutilatrice en regard de l'état dystrophique qui est en présence ; parfois l'intervention provoque ou traite mal un trouble mictionnel : c'est souvent le cas des colpohystérectomies et des hystérectomies vaginales.

4) Dans un certain nombre d'observations cependant la récidive demeure inexpliquée, nous en avons 5 cas.

Eviter une récidive est donc avant tout de poser l'indication qu'il convient au type de prolapsus et de patiente que l'on envisage de traiter.

Si les hystéropexies abdominales isolées et les hystérectomies abdominales sont des interventions absurdes pour traiter un prolapsus génital, la plupart des autres techniques décrites peuvent être utilisées : certaines fréquemment et d'autres plus exceptionnellement.

Nous pratiquons, pour notre part, de façon routinière, l'intervention de Manchester chez la femme jeune et la colpohystérectomie chez la femme plus âgée. Nous avons utilisé, également, assez souvent, l'interposition vésico-vaginale de l'utérus et de façon plus exceptionnelle surtout ces dernières années l'hystérectomie vaginale, la triple française, le cloisonnement vaginal et la colpopérinéorraphie

post. isolée. Depuis trois ans, nous avons utilisé une dizaine de fois une technique de plastie sous-vésicale et péri-isthmique pratiquée avec une bandelette de peau. Cette intervention, inspirée de la technique de TCHOUKHRIENKO, a été mise au point par notre Maître, le Professeur POULHES ; elle permet de traiter de façon très satisfaisante de très gros prolapsus tout en conservant la perméabilité vaginale.

Parmi les problèmes particuliers qui se posent, le problème majeur est certainement celui de l'incontinence associée au prolapsus. Qu'elle soit patente ou potentielle, et à ce sujet nous rapportons les travaux de PONTONNIER A., PONTONNIER F., COMBEL R. sur la cystographie pré-opératoire comme diagnostic de l'incontinence d'urines potentielle, le traitement du prolapsus en est profondément modifié car les troubles mictionnels passent au premier plan : l'intervention comprendra alors soit un temps spécial de reposition du col vésical ou bien résidera en un Wertheim-Schauta qui résoud de façon élégante le problème du prolapsus et du trouble de la miction associé.

Le traitement de la récidive d'un prolapsus est variable selon le type de la récidive : 42 fois nous sommes ré-intervenus pour traiter un prolapsus qui avait récidivé, 2 fois seulement parmi nos échecs sur 310 interventions.

— Il est des cas où il suffit de compléter le premier traitement soit par amputation d'un col hypertrophique, soit par la cure d'une élytrocèle passée inaperçue au cours de la première intervention.

— Le plus souvent, il faut pratiquer un nouveau traitement complet du prolapsus et dans ces cas généralement l'intervention pour récidive sera plus mutilatrice que le premier traitement.

— Parfois même il faudra défaire avant de refaire, c'est le cas en particulier des hystéropexies abdominales hautes.

— Enfin chez un certain nombre de patientes, la ré-intervention aura pour but de traiter une complication de la première cure chirurgicale : ceci se trouve pour les élytrocèles post-hystéropexies et surtout pour les incontinences d'urines apparues après traitement chirurgical d'un prolapsus.

Toutes les récidives d'un prolapsus ne sont pas justiciables d'une ré-intervention et il faut poser l'indication de ré-opérer avec parcimonie : les prolapsus sans récidive

anatomique vraie et les prolapsus dont la récidive incomplète est bien tolérée ne sont généralement pas, quant à nous, des candidats à une deuxième intervention que nous réservons aux récidives importantes et mal supportées.

Souhaitons que les progrès faits dans la meilleure connaissance de la physiopathologie du prolapsus et des incontinences d'urines d'effort amélioreront les résultats de cette chirurgie plastique difficile dont le but est de traiter une infirmité à la fois anatomique et fonctionnelle aux répercussions psychologiques souvent pénibles.

Vu : *le Président de Thèse,*

P. FABRE

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 18 mars 1970

Le Doyen,
Président du Conseil transitoire de Gestion,

G. LAZORTHES

BIBLIOGRAPHIE

1. Aburel E. — La pyramiladopexie dans la cure des prolapsus génitaux avec incontinence. *Bordeaux Chir.*, 1960 *3*, 105-108.

2. Achard A. — L'opération de Manchester-Fothergill dans le traitement du prolapsus génital. *An. Brasil. gin.*, 1960, *50*, 291-296.

3. Ameline A. — Comment conseiller une femme atteinte de prolapsus et renonçant à la vie génitale. *Rev. Praticien*, 1958, *8*, 1095-1096.

4. Ameline A., Huguier J. — La suspension postérieure au disque lombo-sacré. *Gynéc. Obstét.*, 1957, *61*, 94.

5. Ameline A., Huguier J., Scali P. — Prolapsus après hystérectomie. *Mém. Acad. Chir.*, 1957, *83*, 757.

6. Anderes W. — Les opérations pour prolapsus à la clinique gynécologique de Saint-Gall depuis 1950. *Gynaecologia*, 1958, *146*, 343-360.

7. Anderson H.E. — Emploi clinique des œstrogènes dans le prolapsus utérin. *J.A.M.A.*, 1958, *168*, 173-174.

8. Andreoli C. — Surgical repair of vaginal prolapse and cystorectocele during abdominal total hysterectomy. Technic and results in 52 cases. *Minerva Gynec.*, 1966, *18*, 52-58.

9. Arcadio Sanchez Lopez. — Traitement chirurgical des prolapsus utérins. Haz, édit., Madrid, 1941, 376 pages.

10. Arenas N., Foix A., Rodriguez C. — Notre expérience dans le traitement du prolapsus génital. *Semana med.*, 1959, *66*, 293-296.

11. Arthure, Savage. — Prolapsus utérin et prolapsus du dôme vaginal traité par hysteropexie sacrée. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.* 1957, *64*, 355-360.

12. Assises Françaises de Gynécologie. Expansion scientifique. Edit. Paris, 1954, 323 pages.

13. Assouad I. — Colpo-hystérectomie dans le prolapsus génital. *Rev. Méd. Moyen-Orient*, 1957, *14*, 521-523.

14. Athanassiou G. — Utilisation de l'opération de Labhardt dans le prolapsus total des femmes âgées .*Geburtsh. Frauenh.*, 1966, *26*, 692-695.

15. Aubert L., Husson Y., Pétrucci J. — Une technique chirurgicale concernant le traitement des prolapsus génitaux en milieu africain. *Méd. trop.*, 1965, *25*, 510-514.

16. Bailey K.V. — A clinical investigation into-uterine prolapse with stress incontinence III — treatment by colpofixation (modified Manchester colporraphy). *J. Obstet. Gynec. Brit. Commonw.*, 1963, 70, 947-958.

17. Baltensweiler J., Ehrat R. — Les indications des voies vaginales et abdomino-vaginales dans les prolapsus génitaux. *Praxis*, 1963, *52*, 168-171.

18. Bardiaux M., Sestié P. — Périnéorraphie chirurgicale du post-partum. *Rev. franç. Gyn. Obst.*, 1961, *56*, 207-240.

19. Barr W., Paterson M.L. — L'infection urinaire après colporraphie et son influence sur les symptômes urinaires ultérieurs. *J. Obst. Gyn. Commonw.*, 1962, *69*, 110-112.

20. Barrit D.W. — Soins post-opératoires et complications des interventions réparatrices des prolapsus. *J. Obst. Gyn. Brit. Commonw.*, 1962, *69*, 850-853.

21. Batut C.V.H. — Contribution à l'étude de la suspension au promontoire dans le traitement des prolapsus génitaux. Thèse Paris, 1963, 1184, 33 pages.

22. Berger M. — 106 cas d'interposition vésico-vaginale de l'utérus. *Gynaecologia*, 1961, *152*, 96-102.

23. Berglas B. — Nouvelles études de l'anatomie et de la physiologie du muscle éleveur de l'anus chez la femme. Traitement chirurgical du prolapsus. *Wien. med. Wschr.*, 1966, *116*, 836-839.

24. Bernard G. — Le traitement opératoire du prolapsus total de l'utérus après la ménopause. *Rev. méd. Suisse rom.*, 1959, *79*, 342-345.

25. Béthoux A. et Coll. — Une technique radiologique d'exploration du prolapsus génital et de l'incontinence urinaire : le colpocystogramme. *Ann. Radiol.*, 1965, *8*, 809-828.

26. Blanc J., Boinet G., Marty R. — Essai d'une nouvelle technique par greffe de peau enfouie dans les réfections chirurgicales des prolapsus génitaux. *C.R. Soc. franç. Gyn.*, 1968, *38*, 7-12.

27. Bradbury W.C. — Vaginectomie subtotale. Etat actuel du traitement du prolapsus utéro-vaginal par une technique modifiée. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1963, *86*, 663-671.

28. Brenner E.M. — Prolapse of the vagina following total hysterectomy. *Arch. Surg.*, 1966, *92*, 20-22.

29. Bret J., Bardiaux M. — A propos de la promontofixation. (Opération d'Ameline et Huguier). *Rev. Praticien*, 1964, *14*, 3645-3658.

30. Brutar V. — Difficultés du coït après plastie pour prolapsus chez la femme. *Gynaecologia,* 1959, *147,* 147-152.

31. Brutar V. — Prolapsus génital et incontinence d'urines. *Bordeaux chir.,* 1960, *1,* 11-15.

32. Burch J.C. — Uretrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse. *Amer. J. Obstet. Gynec.,* 1961, *81,* 281-290.

33. Berger J.P. — Les prolapsus génitaux et leur traitement. *Strasbourg méd.,* 1963, *123,* 562-567.

34. Campbell A.D. — Vaginal hysterectomy in prolapse uteri. *Am. J. Obstet. Gynec.,* 1937, *33,* 209-233.

35. Cavegn B., Stamm O. — Résultats des interventions pour prolapsus avec suspension du dôme vaginal d'après William-Richardson. *Gynaecologia,* 1969, *167,* 422-425.

36. Cerbonnet G. — Technique et indication de la suspension au promontoire dans la cure des prolapsus rectaux et génitaux. Entretiens de Bichat (Chirurgie et Spécialités), 1966, 188-192, Expansion scient. franç., édit., Paris.

37. Cerbonnet G., Loygue J. — Suspension au promontoire dans la cure des prolapsus rectaux et génitaux. *Ann. Chir.,* 1965, *19,* C. 214-C. 218.

38. Cereseto P.L., Fernandez J.M. — Hysterectomy and vaginoplasty (Surgery of prolapse in old women). *Dia. Med.,* 1960, *32,* 984-986.

39. Chaabouni M., Ben Zineb T., Paniel B.J. — A propos de 66 cas de prolapsus génitaux traités chirurgicalement. *Tunisie méd.,* 1969, *47,* 81-85.

40. Chabert L.M. — Indications et résultats de l'opération de Halban dans le traitement des prolapsus génitaux (à propos de 440 interventions). Thèse Lyon, 1967, 111 pages, in *Lyon méd.,* 1967, *98,* 264-268.

41. Chauvenet A., Piet J.B. — Les troubles fonctionnels consécutifs aux cures chirurgicales des prolapsus génitaux. *J. Méd. Bordeaux,* 1962, *139,* 294-298.

42. Chidichimo G., Zicari N. — Le traitement chirurgical du prolapsus génital récidivant moyennant l'utilisation des muscles droits internes. *Policlino (sez. chir.),* 1967, *74,* 273-278.

43. Cordefy J.M., Brunet M., Fourcade O., Bilder A. — Soutènement total d'un double prolapsus utéro-vaginal et rectal par hamac tendu du promontoire au pubis. *Mém. Acad. Chir.,* 1963, *89,* 536-542.

44. Colette C. — Une nouvelle « triple-opération » pour les prolapsus des jeunes femmes. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.,* 1967, *19,* 150-152.

45. Confalomeri C. — On a new method of abdominal hysteropexy for the treatment of uterine prolapse. *Ann. Obst. Gynec.*, 1964, *86*, 134-140.

46. Contamin R., Ferrieux J., Loriliou J.S. — L'hystérectomie vaginale avec périnéorraphie antérieure et postérieure en deux plans. *Rev. franç. Gyn. Obst.*, 1961, *56*, 685-721.

47. Contamin R., Couppié G., Ferrieux J. — De l'intérêt de la périnéorraphie en deux plans dans les gros délabrements du périné postérieur. *Gynéc. Prat.*, 1958, *9*, 237-256.

48. Contamin F., Ferrieux J., Moulin C. — La colpo-hystérectomie avec cloisonnement transversal dans le traitement du prolapsus génital de la femme âgée. *Rev. franç. Gyn. Obst.*, 1966, *61*, 891-907.

49. Cope E. — Soins post-opératoires et complications des interventions réparatrices des prolapsus. *J. Obst. Gyn. Brit. Commonw.*, 1967, *69*, 857-859.

50. Copenhaver E.H. — Traitement chirurgical du prolapsus complet de l'utérus et du vagin. *Surg. Clin. North Amer.*, 1960, *40*, 743-749.

51. Cordier G. — La place de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus. *C.R. Soc. franç. Gyn.*, 1957, *27*, 281-288.

52. Cseffalvay T. — Evaluation critique de la plastie de duplication vaginale selon Vöge. *Geburtsh., Frauenh.*, 1966, *26*, 1184-1189.

53. Darmaillacq R., Lesbats G., Girard J.M. — Evolution des idées dans le traitement des prolapsus génitaux chez la femme. *Bordeaux Chir.*, 1968, *3*, 146-149.

54. Darmaillacq R., Lesbats G. — Indications des opérations par voie abdominale associée à la voie périnéale dans le traitement des prolapsus génitaux chez la femme. *Mém. Acad. Chir.*, 1968, *94*, 646-653.

55. Dastur B., Gurubaxani G., Palnikar S.S. — L'opération de Shirodkar (suspension) dans le traitement du prolapsus génital. *J. Obst. Gyn. Brit. Commonw.*, 1967, *74*, 125-128.

56. Davidson S. — Prolapsus génital et son traitement. *Practitioner*, 1960, *185*, 271-284.

57. Dawn C.S. — Study etiology of genital prolapse in Bengoli women. *J. Indian Med. Ass.*, 1966, *46*, 641-644.

58. Dellepiane G. and al. — Vaginal hysterectomy in the treatment of genital prolapse. Immediate and remote results. *Minerva Ginec.*, 1965, *17*, 901-908.

59. D'Esopo D.A. — Modification de la technique d'hystérectomie vaginale pour le traitement du prolapsus de l'utérus. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1961, *82*, 544-548.

60. D'Eszlary A. — Devenir mécanique de la promontofixation des organes pelviens prolabés. Thèse Paris, 1962, 112, 42 pages.

61. Diegritz H. — Colporraphie à barre transversale en l'absence d'utérus. *Zbl. Gyn.*, 1959, p, 351-354.

62. Diamant-Berger. — Danger et désavantages de la fixation postérieure de l'utérus. *Scalpel*, 1963, *116*, 509-511.

63. Doderlein G., Schink W. — Les opérations d'interposition avec barre transversale (dans la cure des prolapsus génitaux). *Zbl. Gyn.*, 1960, *40*, 1551-1561.

64. Donald I., Barr W., Mc Garry J.A. — Soins post-opératoires et complications des opérations réparatrices des prolapsus. *J. Obst. Gyn. Brit. Commonw.*, 1962, *69*, 837-844.

65. Dorner F. — Opération pour prolapsus chez les femmes âgées. *Zbl. Gyn.*, 1963, *85*, 1065-1068.

66. Dubois J. — Périnéorraphie immédiate en deux plans par crins en 8 de chiffre. *Gynéc. Obst.*, 1958, *57*, 212-216.

67. Dujovich A., Akerman H.M. — Prolapsus génital et hystérectomie vaginale. Technique et résultats obtenus. *Prensa méd. argent.*, 1969, *56*, 354-358.

68. Dujovich A., Gherscovici M., Lisak E. — L'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus génital. *Prensa méd. argent.*, 1957, *44*, 2242-2245.

69. Dunn R.D. — Traitement du prolapsus chez la femme âgée. *Surg. Clin. North Amer.*, 1962, *42*, 1033-1936.

70. Durfée R.B. — L'opération de suspension vaginale antérieure. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1959, *78*, 628-642.

71. Elbim A.— L'opération de Le Fort doit-elle être innocentée ? *Presse méd.*, 1967, *75*, 2566.

72. Eltsov-Streilkov V.I. — Nouvelle méthode de renforcement et de raccourcissement des ligaments ronds dans les ptoses et les prolapsus de l'utérus. *Akoucherstve Guinek.*, 1966, *10*, 44-47.

73. Embrey M.P. — Intervention par voie abdominale pour prolapsus du dôme vaginal et entérocèle, utilisant une bandelette de fascia lata. *J. Obst. Gyn. Brit. Commonw.*, 1961, *68*, 471-474.

74. Eymery J. et Coll. — Interposition vésico-vaginale de l'utérus dans le traitement du prolapsus. *Marseille Chir.*, 1964, *16*, 375-380.

75. Falk M.C. — Uterine prolapse and prolapse of the vaginal voult treated by sacropexy. *Obstet. Gynec.*, 1961, *18*, 113-115.

76. Fell M.R. — Traitement du prolapsus (utérin ou vaginal) chez les femmes âgées. *Lancet*, 1963, 7285, 799-800.

77. Ferko S., Fajtha F. — Opération modifiée pour le prolapsus utéro-vaginal. *Gynaecologia,* 1960, *150,* 122-130.

78. Fernandes M., Constantino Y. — Notre technique du traitement chirurgical du prolapsus génital. *Rev. Gin. Obst.,* 1957, *100,* 303-310.

79. Ferreira C.A. — Prolapsus de l'utérus chez une jeune femme nullipare traité par l'opération de Bumm-Schaefer. *An. brasil. Gin.,* 1961, *26,* 191-196.

80. Filder J. — Une technique personnelle de fixation utérine dans le prolapsus génital. *Ginek. Pol.,* 1965, *36,* 457-462.

81. Forthergill W.E. — An operation for prolapse complicated by hypertrophy of cervix. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.,* 1913, *24,* 19-21.

82. Friedman E.A., Little W.A. — The conflit in nomenclature for descensus uteri. *Aem. J. Obstet. Gynec.,* 1961, *81,* 817-820.

83. Fukamachi K. — Surgery of uterine prolapse. *Obstet. Gynec. Ther.,* 1963, *7,* 355-367.

84. Gaillard J., Slawinski J. — Technique courante dans les prolapsus génitaux et les rétrodéviations utérines. *Gynéc. Prat.,* 1959, *10,* 47-50.

85. Gallo D. — General factors in genital prolapse. *Ginec. Obstet. Mex.,* 1960, *15,* 530-534.

86. Gandard R., L'Huillier B., Wuyts J.L., Muller G. — A propos du traitement chirurgical des prolapsus génitaux. *Strasbourg Méd.,* 1967, *127,* 1-15.

87. Gheorghiu N.N., Lemnete J., Dumitrasou T. — Traitement du prolapsus génital par l'hystéro-ligamentopexie. *Gyn. et Obst.,* 1967, *66,* 333-338.

88. Gheorghiu N.N., Savu J., Papanicu V., Nicolesco C. — Considérations sur la colpo-hystérectomie vaginale suivie de cloisonnement vulvaire pratiquée dans les cas de prolapsus génital total. *C.R. Soc. franç. Gyn.,* 1957, *27,* 262-267.

89. Ghikich. — La chirurgie du col dans les cas de prolapsus utérin. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.,* 1961, *13,* 332.

90. Gibson G.B. — La réparation du prolapsus génital. *Am. J. Obst. Gyn.,* 1959, *78,* 1272-1284.

91. Gomès N.R., Alvès-Pereira J.F., Fadel R.M. — Les suites post-opératoires des périnéorraphies. *An. brasil. Gin.,* 1959, *47,* 333-336.

92. Gomot J.J. — A propos de l'hystéropexie. Description d'une variété de technique nouvelle à fixation utérine par voie sous-péritonéale. Thèse Paris, 1963, 356, 73 pages.

93. Gordon C.A., Gordon R.E. — Discussion sur l'opération de Manchester. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1957, *74*, 392-396.

94. Granjon A., Chevallier G. — L'interposition vésico-vaginale de l'utérus. (Etude de 55 opérations de Watkins-Wertheim-Schauta). *Ann. Chir.* (suppl. *Sem. Hôp. Paris*), 1961, *15*, 1173-1178.

95. Granjon A., Chevallier G. — L'amputation du col dans la chirurgie du prolapsus génital. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1961, *13*, 326-328.

96. Granjon A., Tourris M. — Incontinence d'urines et prolapsus. *Bordeaux Chir.*, 1960, *1*, 24-26.

97. Granjon A. et Coll. — Prolapsus génital et incontinence urinaire. *Gynéc. Obstét.*, 1965, *64*, 175-196.

98. Gruber A.E. — The Marshall-Marchetti vaginal operation. *Gynecologia*, 1962, *154*, 105-108.

99. Grunberger V. — Expérience acquise dans l'hystérectomie vaginale au cours du traitement des prolapsus chez la femme âgée. Rapport au III^e Congrès mondial de Gynécologie, Vienne, 1961. *Congressprint Romayor*, édit., Vienne, *1*, 1961, 244.

100. Gudex R.G. — Réparation du plancher pelvien avec ou sans hystérectomie. *J. Obst. Gyn. Brit. Commonw.*, 1965, *72*, 864-865.

101. Guibal J., Guibal F. — La triple opération par voie basse avec amputation haute du col dans les prolapsus. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1961, *13*, 319-321.

102. Halban J., Tondler J. — The anatomy and etiology of genital prolapse in women : the supporting apparatives of the uterus. *Obst. Gyn.*, 1960, *15*, 790-796.

103. Halter G., Fellner G. — Traitement actuel de la descente des organes et du prolapsus génital. *Geburtsh. Frauenh.*, 1966, *26*, 1001-1011.

104. Hawkins D.F. — Prophylaxie de l'infection urinaire après traitement du prolapsus génital. *J. Obst. Gyn. Brit. Commonw.*, 1962, *69*, 585-589.

105. Henningsen P., Brocks H. — L'opération d'interposition de Schauta-Wertheim-Watkins pour prolapsus utérin. Etude suivie. *Acta obst. Gyn. Scand.*, 1965, *43*, 408-419.

106. Henrion C. — Hystérectomie vaginale dans les prolapsus des 2^e et 3^e degrés. *Scalpel*, 1963, *116*, 403-409.

107. Herbert G. — Urological complications of advanced genital prolapse. *Un. Med. Canada*, 1964, *93*, 721-724.

108. Hervet E. — A propos de la communication de H. Robert et C. Robert : « Une complication rare de l'opération de Manchester. Le prolapsus de l'endomètre ». *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1963, *15*, 27-28.

109. Hervet E., Huguier J. — Les résections et amputations du col (en particulier pendant la cure des prolapsus génitaux). *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1961, *13*, 61-91.

110. Heys R.F. — Prolapsus iléal par l'orifice de rupture du vagin. Complication de l'opération de Manchester. *Brit. Med. J.*, 1963, 5351, 223-224.

111. Hirsch H. — Le traitement du prolapsus génital total par hystérectomie vaginale suivie d'une plastie vaginale. *Rev. franç. Gyn. Obst.*, 1966, *61*, 539.

112. Hoang-Ngoc-Minh, Nguyen-Van-Nhut. — Hystérectomie totale vaginale suivie de fixation des ligaments utéro-sacrés à l'ogive pubienne dans le traitement des prolapsus génitaux. *C.R. Soc. franç. Gyn.*, 1965, *35*, 593-598.

113. Hoang-Ngoc-Minh, Nguyen-Van-Nhut. — Rôle des ligaments utéro-sacrés dans la cure des prolapsus génitaux. *Acta med. Vietnam.*, 1966, *10*, 3982-3998.

114. Hoff F. — Un traitement simple et inoffensif du prolapsus total chez la vieille femme (le colpocleisis annulaire). *Geburtsh. Frauenh.*, 1962, *22*, 1159-1162.

115. Huergo H.E., Zunino F., Franzani W., Orsini W. — Opération de Mayo modifiée (pour la correction du prolapsus génital). *Prensa méd. argent.*, 1957, *44*, 1138-1139.

116. Huguier J. — Soutènement de la vessie, en hamac, dans la cure de certains prolapsus. *J. Chir.*, 1958, *76*, 84-92.

117. Huguier J., Scali P. — La suspension postérieure de l'axe génital au disque lombo-sacré dans le traitement de certains prolapsus. *Presse Méd.*, 1958, *66*, 781.

118. Huguier J. — A propos d'un cas de prolapsus vaginal. *Mém. Acad. Chir.*, 1959, *85*, 809-811.

119. Huguier J. et Coll. — Miction et ses désordres associés au prolapsus génital. *Mém. Acad. Chir.*, 1964, *90*, 719-722.

120. Hurd G.B. — Fixation ventrale pour prolapsus complet. Réévaluation. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1965, *93*, 434-441.

121. Hussenstein J., Naulleau J. — L'opération de Manchester dans le traitement des prolapsus génitaux. *Entretiens de Bichat* (Chirurgie et Spécialités), 1960, 127-130.

122. Immon M.B. — Relâchement pelvien et sa réparation, comprenant le prolapsus vaginal après hystérectomie. *Internat. Surg. Dig.*, 1963, *72*, 426.

123. Isbruch F. — La suspension extra-péritonéale de l'utérus par la voie vaginale. *Zbl. Gyn.*, 1955, *77*, 274-277.

124. Isbruch Fr. — Nouvelle communication sur la « suspension vaginale extra-péritonéale de l'utérus », ses limites et son utilisation. *Zbl. Gyn.*, 1956, *29*, 1139-1143.

125. Izotov I.P. — Fixation en avant du col utérin lorsque le prolapsus est associé à un abaissement des parois vaginales. *Akoucherstvo Ginek.*, 1963, *5*, 132-134.

126. Jacabsen J.P., Frederiksen Th., Nielsen F.K. — Le prolapsus utéro-vaginal et son traitement chirurgical. Les résultats dans 443 cas opérés. *Acta Obst. Gyn. Scand.*, 1961, *40*, 77-98.

127. Jeffcoate T.N.A. — Colpopérinéorraphie postérieure. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1959, *77*, 490-502.

128. Jost Ph. — Prolapsus génitaux et incontinence d'urines. Intérêt de la cystographie pré et post-opératoire ; essai d'indication thérapeutique à propos de 26 observations. Thèse Toulouse, 1969, 12, 46 pages.

129. Kapandji M. — Cure des prolapsus uro-génitaux par la colpo-isthmocystopexie par bandelette transversale et la douglassorraphie ligamento-péritonéale étagée et croisée. *Ann. Chir.*, 1967, *21*, 321-328.

130. Kapandji M. — La douglassorraphie ligamento-péritonéale étagée et croisée (à action harmonique de Schultze). *Ann. Chir.*, 1967, *21*, 312-320.

131. Karachimani A.G. — Traitement du prolapsus utérin par raccourcissement des ligaments cardinaux (opération de Manchester). *Akoucherstvo Guinek.*, 1965, *3*, 110-114.

132. Kempers R.D., Smith R.A., Pratt J.M. — Descensus uteri and prolapse of the vaginal voult and enterocele. Clinical and chirurgical considerations. *Minnesota Med.*, 1960, *43*, 543-547.

133. Kœster H. — Intervention pour prolapsus chez la femme âgée. *Geburtsch. Frauenh.*, 1964, *24*, 204-210.

134. Kolonja S. — L'opération du prolapsus sénile. Revue de la littérature et expérience personnelle. *Arch. Fr. Gyn.*, 1957, *188*, 589-630.

135. Konn D.H. — L'hystérectomie vaginale et le colpocleisis de Le Fort. *Revue Fr. Gyn. Obst.*, 1966, *61*, 537.

136. Kraatz H. — Le traitement chirurgical du prolapsus total de l'utérus chez les femmes âgées. *Münch. Med. Wschr.*, 1957, *29*, 1044-1047.

137. Kremer H., Narik G. — Indications et résultats de l'opération de Manchester. *Wien. Klin. Wschr.*, 1960, *16*, 284-285.

138. KRIDELKA J.C. — Le traitement chirurgical du prolapsus génital par la méthode d'hystérectomie vaginale. *Bull. Soc. Roy. Belg. Gyn. Obst.*, 1964, *34*, 2636-270.

139. KRIGE C.F. — The repair of genital prolapse combined with vaginal hysterectomy. *J. Obstet. Gynec. Brit. Commonw.*, 1962, *69*, 570-584.

140. LABRY R., BONNET P. — Un détail de technique pratique dans la suture du fascia de Halban dans la colpo-périnéorraphie postérieure. *Lyon Méd.*, 1962, *17*, 1093.

141. LABRY R., BONNET P. — Un détail de technique pratique dans la suture du fascia de Halban dans la colpo-périnéorraphie antérieure. *Lyon Méd.*, 1962 *27*, 53-56.

142. LACHENY G. — Etude critique d'une série homogène de cinquante interpositions vésico-vaginales. Thèse Paris, 1963, 73, 57 pages.

143. LAMY M. — Cure chirurgicale des prolapsus génitaux par amputation du col, transposition et mise en tension des ligaments de Mackenrodt et utéro-sacrés. Thèse Paris, 1957, 174 pages.

144. LANGMADE C.F. — Cooper ligament repair of vaginal voult prolapse. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1965, *92*, 601-609.

145. LANGREDER W. — Importance et technique des opérations d'élévation sur les organes génitaux de la femme. *Gebursh. Frauenh.*, 1962, *22*, 1162-1168.

146. LANGUÉPIN (Mme), RETTORI, EPFELBAUM. — Spondylo-discite après suspension postérieure pour cure de prolapsus génital. *Mém. Acad. Chir.*, 1963, *89*, 245-249.

147. LAPASSET M. — A propos des prolapsus génitaux et de leur traitement par l'opération de Bouilly. Thèse Nancy, 1957, 21.

148. LAPEYRÈRE J., GRÈZES-RUEFF F. — Association de prolapsus utérin et du rectum. *Bull. Féd. Gyn. Obst. Franç.*, 1962, *14*, 803-805.

149. LEBLANC G. — Prolapsus et rétroversion chez la femme jeune : conséquences obstétricales d'un type de traitement chirurgical. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1965, *17*, 331-332.

150. LECŒUR P. — A propos du traitement chirurgical des prolapsus génitaux. *Rev. Méd. Normandes*, 1964, *6*, 577-583.

151. LEDIEU. — Suspension postérieure de l'isthme utérin. Thèse Paris, 1957.

152. LEINZINGER E. — Intervention pour prolapsus et incarcération du prolapsus. *Geburtsh. Frauenh.*, 1969, *29*, 338-345.

153. LEINZINGER E. — Chirurgie gynécologique chez la femme âgée et intervention pour prolapsus. *Wien. Med. Wscher.*, 1968, *118*, 580-583.

154. Le Lirzin R. — Contribution à l'étude des prolapsus génitaux et de leur traitement chirurgical. Etude de 340 cas. Thèse Paris, 1967, 641, 103 pages.

155. Lemgruber S., Lemgruber I. — Notre expérience de la chirurgie du prolapsus génital et, en particulier, de l'opération de Fothergill. *Rev. Gin. e Obst.* 1957, *51,* 1361-1380.

156. Liaras H. — L'opération de Rouhier dans le prolapsus génital grave des femmes âgées. *Afrique Franç. Chir.,* 1958, *16,* 195-197.

157. Loxton J.C. — Nouvel accès pour l'intervention de colpopérinéorraphie postérieure. *Med. J. Australia,* 1961, *48,* 785-789.

158. Loygue J. — A propos des spondylodiscites graves après fixation du col utérin au promontoire (et rectopexies). *Mém. Acad. Chir.,* 1963, *89,* 405-406.

159. Machado W. — Vaginal hysterectomy for the treatment of uterine prolapse. *Rev. Ginec. Obstet.* (Rio), 1964, *115,* 279-282.

160. Magendie J., Lange J., Lamarche P. — Le traitement des prolapsus génitaux avec incontinence d'urines. *J. Méd. Chir. Prat.,* 1960, *132,* 499-501.

161. Magendie J., Lamarche P., Tavernier J. — Les bases anatomo-physiologiques et cliniques de l'incontinence d'urines au cours du prolapsus. Déductions chirurgicales. *Gynéc. Prat.,* 1960, *11,*

162. McGraw J.Y., Samson E. — Description of a new surgical technic of artificial suspension of the intrapelvic organes. *Cand. J. Surg.,* 1959, *3,* 55-56.

163. McGraw J.Y.— Prolapsus des organes intrapelviens. Réflections anatomiques et physiologiques. *Laval Med.,* 1961, *32,* 32-51.

164. McGraw J.Y. — Le problème du prolapsus des organes intrapelviens. *Laval Med.,* 1961, *31,* 473-501.

165. McGraw J.Y. — Etude du prolapsus génital. Revue critique et conclusions. *Laval Med.,* 1963, *34,* 432-436.

166. Massenbach W. Ohlenroth G. — Résultats de la colpopérinécleisis subtotale d'après Labhardt modifiée par H. Martius. *Geburtsh. Frauenh.,* 1965, *25,* 695-700.

167. Mastboom J.L. — Interposition de l'utérus entre la vessie et la paroi vaginale antérieure. *J. Internat. Col. Surgeons,* 1962, *38,* 443-453.

168. Mathieu J., Mousselon J., Dargent D. — Résultats et indications actuelles de l'opération de Conill dans le traitement du prolapsus génital de la femme âgée. *Rev. Franç. Gyn. Obst.,* 1968, *63,* 219-224.

169. Mathieu J., Cognat J. — Opération de Conill. Récidive. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.,* 1967, *19,* 46-47.

170. Mathieu J., Mousselon J. — Traitement chirurgical du prolapsus utérin des femmes âgées. Ses limites, ses résultats. *Entretiens de Bichat* (*Chirurgie et Spécialités*), 1957, 171-174.

171. Mathieu J. — L'hystérectomie vaginale dans le traitement des prolapsus génitaux. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, 1958, *53*, 773-780.

172. Meillère J., Aurousseau R. — Hystérectomie totale et prolapsus génital II. Hystérectomie totale avec cure du prolapsus associée. *Presse Méd.*, 1962, *70*, 2347-2348.

173. Meillère J., Aurousseau R. — Hystérectomie totale et prolapsus génital III. Traitement du prolapsus chez les femmes ayant subi préalablement une hystérectomie totale. *Presse Méd.*, 1962, *70*, 2709.

174. Meillère J. — Hystérectomie vaginale avec colpectomie totale dans la cure des prolapsus du 3e degré chez la femme âgée. *J. Chir.*, 1962, *84*, 321-333.

175. Meinrenken H. — L'importance de l'uréthrocystographie latérale pour le contrôle post-opératoire des opérations gynécologiques pour prolapsus. *Geburtsh. Frauenh.*, 1962, *22*, 1157-1159.

176. Merger R. — Conduite à tenir devant un prolapsus génital. (Elytrocèle exclue). *Presse Méd.*, 1963, *71*, 1773-1774.

177. Merger R. — Prolapsus génitaux. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, 1966, *61*, 525-532.

178. Merger R., Lévy J., Melchior J., Barrat J. — Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. Edit. Masson & Cie, 1964.

178bis. Merger R. et Coll. — Prolapsus génitaux. *E.M.C.*, 1960, *290*, A 10.

179. Mikulicz-Radecki F. — Plastie dans le traitement chirurgical du prolapsus total de la vieille femme. *Geburtsh. Frauenh.*, 1960, *20*, 644.

180. Mikulicz-Radecki F. — A propos du traitement des prolapsus génitaux. *Urologe*, 1964, *3*, 302-308.

181. Molnar Gy. — A propos du traitement de l'incontinence fonctionnelle d'urines par prolapsus de l'utérus. *Zlb. Gyn.*, 1958, *80*, 1923-1930.

182. Molnar Gy., Szabo E., Jona G. — Importance du traitement chirurgical du prolapsus utérin pour le rétablissement des lésions des voies urinaires supérieures. *Zschr. Urol.*, 1968, *61*, 75-78.

183. Monod-Broca Ph., Robart J. — L'interposition vésico-vaginale de l'utérus. (A propos de 53 observations). *Ann. Chir.* (Suppl. *Sem. Hôp. Paris*), 1966, *20*, 780-786.

184. Monteiro A. — « Hammock » suspension of the bladder in the treatment of genital prolapse (Ameline-Huguier operation). *An. Brasil Ginec.*, 1964, *58*, 91-93.

185. Moralès J.M. — Excision de l'endomètre en tant que complément à l'opération pour correction du prolapsus génital. *Rev. Gin. e Obst.*, 1958, *52*, 217-224.

186. Morin P. — Comment conseiller une femme d'âge moyen atteinte de prolapsus génital, renonçant aux maternités, mais désirant conserver une vie génitale normale. *Rev. Praticien*, 1958, *8*, 1087-1089.

187. Morris W.I.C. — Doutes sur la valeur de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus génital. *J. Obst. Gyn. Brit. Commenw.*, 1965, *72*, 860-861.

188. Muller P., Michel M., Toussaint P., Lévy G., Kupferberg J. — La colpo-hystérectomie : indications et technique. A propos d'un cas de prolapsus géant. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1958, *10*, 600-601.

189. Muller P., Szwarcberg R., Lévy G., Keller B. — La colpo-hystérectomie avec large colpopérinéorraphie dans la cure des prolapsus utéro-vaginaux importants. *C.R. Soc. Franç. Gyn.*, 1968, *38*, 93-104.

190. Muller H., Schubert E. — Résultats des examens ultérieurs chez des malades ayant subi une vésico-fixation vaginale de Halban conjointement avec un diagnostic fonctionnel vésical. *Zbl. Gyn.*, 1962, *84*, 241-245.

191. Musset R. et Coll. — Fibromes utérins et prolapsus génitaux. Fréquence de cette association. Manifestations cliniques et tactique opératoire. *Gynec. Obstet.* (Paris), 1963, *62*, 337-354.

192. Musset R. — Indications thérapeutiques dans le prolapsus génital. *Sem. Hôp. Paris.*, 1964, *40*, 1665-1672.

193. Naidu P.M., Reddy U.N. — Le prolapsus génital irréductible et son traitement avec communication sur deux cas. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 1960, *67*, 994-996.

194. Nabriski D. — Prolapsus génital. Indications des différentes techniques chirurgicales. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, 1966, *61*, 534-535.

195. Nabriski D., Zeloof S. — The interposition operation for treatment of stress incontinence with prolapse. *J. Obstet. Gynec. Commonw.*, 1962, *69*, 406-408.

196. Nobel J. — Résultats éloignés des opérations plastiques pour prolapsus génital. *Geburtsh. Frauenh.*, 1962, *22*, 53-61.

197. Ober K.G., Dordelmann P. — Traitement du prolapsus utérin chez la femme âgée. *Münch. Med. Wschr.*, 1966, *108*, 2227-2230.

198. Obry E. — Colpohystérectomie par voie basse dans le prolapsus du 3e degré de la femme âgée. *Scalpel*, 1963, *116*, 488-489.

199. Ojima N. — On the surgery of prolapse. *Obstet. Gynec. Ther.* (Japon), 1963, *7*, 530-536.

200. O'Leary J.A. — Ventrofixation dans le traitement du prolapsus vaginal. *Surgery*, 1965, *120*, 1296-1300.

201. Olla G. — Revue sur le prolapsus génital. *Obstet. Ginec. Prat.* (Italie), 1963, *45*, 543-548.

202. Orsini P. — La suspension aux ligaments de Cooper du col utérin ou du dôme vaginal, dans la cure des prolapsus. *J. Chir.*, 1965, *90*, 407-414.

203. Ozernaiia Z.A. — Nouvelle modification de l'opération du prolapsus des organes génitaux féminins. *Akoucherstvo Guinek.*, 1960, *1*, 106-107.

204. Paldi E. — La valeur de la cure par traitement chirurgical du prolapsus génital chez les malades ayant dépassé 65 ans. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, 1966, *61*, 534.

205. Palmer R. — Opération pour prolapsus et euparéunie. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, 1966, *61*, 538.

206. Panayotou P.P., Georgakopoulos P.A. — Résultats tant immédiats que tardifs de l'hystérectomie vaginale dans 60 cas d'intervention pour prolapsus utérin. *Zbl. Gyn.*, 1961, *83*, 1203-1207.

207. Pandele A. — La pyramidalopexie extrapéritonéale. (Note préliminaire sur 8 cas de prolapsus chez des jeunes femmes opérées par cette méthode). *Inform. Méd. Roumaine*, 1958, *2*, 96-99.

208. Pandele A. — La pyramidalopexie extrapéritonéale. 8 cas de prolapsus chez des jeunes femmes opérées par cette méthode. *Bordeaux Chir.*, 1960, *4*, 161-168.

209. Parrot M.H. — Colporraphie antérieure adéquate. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1960, *80*, 381-389.

210. Pasquier V. — Quelle place peut-on réserver à la colpohystérectomie vaginale dans le traitement des gros prolapsus des femmes âgées ? *Lyon Chir.*, 1962, *58*, 141-146.

211. Paterson M.L., Barr W., McDonald S. — Infection urinaire après colporraphie. Fréquence, cause et prophylaxie. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 1960, *67*, 394-401.

212. Patour G. — A propos du temps antérieur des périnéorraphies. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1957, *9*, 354-356.

213. Pauwen J. — Ablation vaginale de l'utérus, traitement chirurgical du prolapsus chez les femmes de plus de 60 ans. *Zbl. Gyn.*, 1966, *88*, 1176-1180.

214. Podolyak G.A. — Traitement opératoire du prolapsus simultané du rectum et de l'utérus. *Akoucherstvo Guinek.*, 1963, *6*, 108-110.

215. Polishuk W.Z., Sharf M. — Une modification de la colpopérinéorraphie postérieure. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, 1965, *60*, 701-706.

216. Poradovsky K. — La colpohystérectomie vaginale en tant que méthode opératoire dans les cas de prolapsus utérins compliqués. Rapports au IIIe Congrès mondial de Gynécologie, Vienne, 1961. *Congressprint Romayor*, Edit., Vienne.

217. Porges R.F., Porges J.C., Blinick G. — Mechanisms of uterine support and the pathogenesis of uterine prolapse. *Obstet. Gynec.*, 1960, *15*, 711-726.

218. Powers R.M.H. — Unstriaded muscle fiber of female pelvis. *Am. J. Obstet. and Gynec*, 1939, *38*, 27-39.

219. Powers R.M.H. — The exact anatomy and development of the ligaments attached to the cervix uteri. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1944, *79*, 390-396.

220. Powers R.M.H. — Embryological development of the elevator ani muscle. *Am. J. Obstet and Gynec.*, 1948, *55*, 367-381.

221. Rampal M. et Coll. — Problèmes tactiques dans le prolapsus utérin avec fibrome. *Marseille Chir.*, 1964, *16*, 364-368.

222. Ravina J.H. — Prévention et traitement du prolapsus du dôme vaginal. *Presse Méd.*, 1961, *69*, 1690.

223. Ravina J., Musset R., Cotrell M., Lamy M. — 35 observations de prolapsus génitaux traités par amputation du col, transposition et mise en tension des ligaments de Mackenrodt et utéro-sacrés ; présentation d'un film de technique chirurgicale. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1957, *9*, 419-422.

224. Rene L., Lord G. — Incidences orthopédiques des fixations au disque lombo-sacré. *Méd. Acad. Chir.*, 1963, *89*, 249-258.

225. Rene L., Sureau C. — Place de l'interposition vésico-vaginale dans le traitement des prolapsus génitaux. *Presse Méd.*, 1964, *72*, 501-504.

226. Richter K. — La prévention et le traitement du prolapsus vaginal après hystérectomie. *Geburtsh. Frauenh.*, 1963, *23*, 1063-1080.

227. Richter K. — Anatomie chirurgicale de la fixation vaginale vagino-sacro-spinale. Traitement chirurgical du prolapsus de la voûte vaginale aveugle. *Geburtsh. Frauenh.*, 1958, *28*, 321-327.

228. Ringe A.D. — Résultats de la plastie de Forthergill dans la descente d'organes et le prolapsus. *Zbl. Gyn.*, 1962, *84*, 245-250.

229. Rivière M. et Coll. — Accouchement par voie basse après triple opération périnéale. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1961, *13*, 574-575.

230. Robart J. — Le traitement des prolapsus par interposition vésico-vaginale de l'utérus. Thèse Paris, 1966, 499, 75 pages.

231. Robert H. — Du traitement médical des prolapsus génitaux. *Rev. Praticien,* 1958, *8,* 1099-1101.

232. Robert H. — Des procédés opératoires dans les prolapsus génitaux. *Rev. Praticien,* 1958, *8,* 1073-1084.

233. Robert H. — Principes du traitement du prolapsus génital. *J. Chir.,* 1963, *86,* 61-76.

234. Robert H. et Coll. — Prolapsus après hystérectomie. A propos de 26 cas personnels. *Ann. Chir.* 1964, *18,* 1072-1079.

235. Robert H. et Coll. — Colpocèle : considérations anatomiques et chirurgicales à propos de 25 cas. *Ann. Chir.,* 1964, *18,* 1060-1071.

236. Robert H. — Le traitement chirurgical des prolapsus génitaux avec incontinence d'urines. *Montpellier Chir.,* 1965, *11,* 401-427.

236bis. Robert H., Bethoux A., Huguier M. — Anatomie chirurgicale des organes génitaux. *E.M.C.,* 1960, *10,* A 10.

237. Robertson E.G., Russel J.K. — Traitement chirurgical du prolapsus chez les femmes âgées. *Brit. Med. J.,* 1966, *5527,* 1420-1423.

238. Rohner R.C. — Complications dans l'oblitération des paramètres par le drondrène. *Schweiz. Med. Wschr.,* 1959, *33,* 874-875.

239. Roman C. — Les récidives de prolapsus après intervention. *Rev. Franç. Gyn. Obst.,* 1960, *55,* 635-644.

240. Roth F. — Indications élargies pour un traitement conservateur du prolapsus par le drondrène. *Gynaecologia,* 1957, *144,* 169-174.

241. Roth F. — Expérience avec le colpocléisis en anneau d'après Hoff. *Geburtsh. Frauenh.,* 1966, *26,* 696-699.

242. Rouchy R. — L'amputation cervicale pour prolapsus. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.,* 1961, *13,* 311-313.

243. Roux G., Marchal G., Baumel H. — La réfection du fascia d'Halban comme temps complémentaire de la colpo-hystérectomie vaginale pour prolapsus. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.,* 1957, *9,* 185.

244. Rubin A. — Complications des opérations vaginales dans le relâchement des muscles du plancher pelviens. *Am. J. Obst. Gyn.,* 1966, *95,* 972-974.

245. Salasc J. — Faut-il opérer les prolapsus des femmes âgées ? *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.,* 1959, *11,* 137.

246. Salvatore C.A. — Technique de l'hystérectomie vaginale pour le traitement du prolapsus utérin. *J. Internat. Coll. Surgeons,* 1957, *28,* 37-46.

247. Salvatore C.A. — Traitement du prolapsus utérin partiel ou total chez les jeunes. *J. Internat., Coll. Surgeons,* 1963, *40,* 554-559.

248. Salvatore C.A. — Traitement du prolapsus de l'utérus chez la femme jeune. *Gynaecologia,* 1966, *162,* 95-103.

249. Salvatore C.A., Martins J.A.P. — L'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus de l'utérus. *An. Brasil. Gin.*, 1960, *50*, 1-16.

250. Salvatore C.A., Peixoto S., Souen J., Sinatra D. — Traitement du prolapsus de l'utérus par hystérectomie vaginale. *Ann. Brasil. Gin.*, 1968, *33*, 245-256.

251. Sarlin. — Fibrome et prolapsus génital. *Mém. Acad. Chir.*, 1963, *89*, 684.

252. Sava I.C. — L'hystéropexie par bandelette musculo-aponévrotique à pédicule supérieur dans le prolapsus génital total avec cinq variantes. *C.R. Franç. Gyn.*, 1956, *26*, 295-305.

253. Sava I.C. — L'hystéropexie à l'aide d'une bandelette aponévrotique à pédicule supérieur dans le prolapsus génital des femmes. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, 1956, *51*, 405.

254. Savin S., Iacob C., Baciu M. — Technique modifiée de la fixation au promontoire dans le cas de prolapsus avec incontinence d'urines. *Zbl. Gyn.*, 1963, *85*, 98-100.

255. Scali P. — Trois cas de grossesses après hystéropexie isthmique postérieure au promontoire. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1963, *15*, 48-52.

256. Schaetzing E. — « Le verrou longitudinal » dans le prolapsus de la vieille femme. *Zbl. Gyn.*, 1959, *81*, 1940-1954.

257. Schleyer-Sauders E. — Une opération modifiée pour prolapsus génital chez les femmes jeunes. *J. Internat. Coll. Surgeons*, 1958, *30*, 701-705.

258. Schleyer-Sauders E. — Les résultats de l'intervention modifiée pour prolapsus génital chez les femmes en période d'activité génitale. *Internat. Surg.*, 1966, *45*, 62-64.

259. Schmid H.H. — Interventions inopportunes et interventions opportunes dans la rétroflexion de l'utérus et dans le prolapsus. *Zbl. Gyn.*, 1961, *83*, 1301-1307.

260. Schorsch H. — Nouvelle méthode chirurgicale pour le traitement du prolapsus génital avec maintien de l'aptitude aux relations sexuelles. *Zbl. Gyn.*, 1964, *86*, 795-797.

261. Schorsch H. — Une nouvelle technique chirurgicale pour le traitement du prolapsus génital. *Wien. Med. Wschr.*, 1961, *111*, 549-550.

262. Schwedt E.W., Schwedt U. — Le traitement conservateur du prolapsus génital. *Zbl. Gyn.*, 1959, *10*, 371-377.

263. Sederl J. — L'opération du prolapsus du vagin en cul-de-sac. *Geburtsh. Frauenh.*, 1958, ef, 824-828.

264. Seffar M. — Conduite à tenir en présence d'une femme atteinte d'un prolapsus génital. Thèse Paris, 1961, 37, 40 pages.

265. Serment H. et Coll. — Le syndrome de désinsertion utérine. *Gynec. Obstet.* (Paris), 1965, *64*, 271-282.

266. Shirodkar V.N. — A fresh approach to the understanding of anatomy and treatment of prolapse. *Indian Med. J.*, 1966, *60*, 59-62.

267. Shute W.B. — Vaginal support and stress incontinence. A single approach to a dual problem. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1965, *91*, 824-836.

268. Sicard A. — A propos des spondylodiscites après suspension postérieure pour cure de prolapsus génital. *Mém. Acad. Chir.*, 1963, *89*, 304.

269. Simmons S.C., Baker H.R.W. — Investigation sur le tractus rénal après opération de réparation (de prolapsus uro-génital). *J. Obst. Gyn. Brit. Commonw.*, 1963, *70*, 968-970.

270. Skiftis T., Rothe K. — Traitement chirurgical de la descente et du prolapsus de l'utérus et du vagin. *Zbl. Gyn.*, 1965, *87*, 755-760.

271. Snyers R. — Résultats du traitement chirurgical du prolapsus génital en chirurgie courante. *Scalpel*, 1963, *116*, 367-372.

272. Soferman N., Oxhorn A. — Prolapsus génitaux. Statistiques de traitement. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, 1966, *61*, 535-536.

273. Somedade Marco I. — Clinico statistical contribution to operative treatment of utero-vaginal prolapse. *Actualita Obstet. Ginec.*, 1964, *10*, 374-394.

274. Sozansky A.M., Timoshenko L.V., Kuzmitsky Y.M., Yurchuk I.S., Braslavskaya M.V. — Hystérectomie transvaginale dans le prolapsus de l'utérus et des parois du vagin. *Akoucherstve Guinek.* (Moscou), 1967, *12*, 49-52.

275. Spehl E. — Traitement et complication des interventions réparatrices des prolapsus. *J. Obst. Gyn. Brit. Commonw.*, 1962, *62*, 854-856.

276. Stanca C. — L'hystéroligamentopexie. *Zbl. Gyn.*, 1961, *83*, 1308-1312.

277. Stefanovic D. et Coll. — Rôle de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin. *Srpski. Arh. Celok. Lek.*, 1964, *92*, 309-311.

278. Steffen F.W. — Expérience avec l'hystéroligamentopexie d'après C. Stanca. *Zbl. Gyn.*, 1965, *87*, 1410-1414.

279. Stirling H. — L'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus. *J. Obst. Gyn. Brit. Commonw.*, 1965, *72*, 851-854.

280. Sureau Cl. — Quel traitement proposer à une femme atteinte de prolapsus génital ? *Gaz. Méd. France*, 1957, *64*, 1425-1435.

281. Symmonds B.E. — Vaginal prolapse after hysterectomy. *Obstet. Gynec.*, 1965, *25*, 61-67.

282. Symmonds R.E. — Utero-vaginal prolapse. *Northwest. Med.*, 1965, *64*, 114-119.

283. Tacquet J.L. — A propos du traitement des prolapsus génitaux par suspension au disque intervertébral. *C.R. Franç. Gyn.*, 1963, *33*, 364-367.

284. Taylor E.S., McCollin, Snowrh. — Results of vaginal hysterectomy, immediatly and 2 1/2 to 7 years after operation. *Am. J. Obst. and Gyn.*, 1954, *68*, 428.

285. Tchoukhrienko D.P. — L'utilisation du tissu de capron dans le traitement opératoire du prolapsus de l'utérus. *Akoucherstvo Guinek.*, 1960, *5*, 74-78.

286. Telinde R.W. — Prolapse of the uterus and allied conditions. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1966, *94*, 444-463.

287. Tenhaeff D. — Résultats éloignés de l'intervention du prolapsus génital. *Zbl. Gyn.*, 1969, *91*, 218-223.

288è Terzian P. — Do the cardinal ligaments suspend the uterus ? *Obstet. Gynec.* (NY.), 1961, *18*, 640-643.

289. Thom C.H. — Le traitement chirurgical du prolapsus utérin et vaginal : une technique sans recours à un « fascia » non-existant. *J. Internat. Coll. Surgeons*, 1958, *29*, 186-193.

290. Thomson H.G., Murbhy C.J., Picot H. — L'hystérocolpectomie dans le traitement du prolapsus génital. *Am. J. Obst. Gyn*, 1961, *82*, 748-753.

291. Thomson R.M. — Diagnostic inattendu du cancer du col après interventions pour prolapsus. *J. Obst. Gyn. Brit. Commonw.*, 1962, *69*, 862.

292. Thoyer-Rozat J. — La colpohystérectomie vaginale dans les prolapsus du 3e degré. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Franç.*, 1965, *17*, 866.

293. Thoyer-Rozat J. — Cure des prolapsus utéro-vaginaux du 3e degré par colpohystérectomie vaginale et périnéorraphie (film). *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1965, *17*, 245.

294. Toaff R. — Sur le traitement chirurgical des prolapsus génitaux. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, 1966, *61*, 540-541.

295. Tokin R. — On the problem of selecting a surgical method in the treatment of genital prolapse in young women. *Akursh. Ginek.* (Sofia), 1966, *5*, 63-67.

296. Toupet A. — A propos des spondylodiscites après suspension postérieure pour cure de prolapsus génital. *Mém. Acad. Chir.*, 1963, *89*, 278-279.

297. Trojnacki Z., Woskowski A. — Résultats éloignés de l'opération de Fothergill dans la descente et le prolapsus vagino-utérin. *Zbl. Gyn.*, 1967, *89*, 1719-1722.

298. Turner S.J. — Complete prolapse of female genital organs : repair with vaginal conservation. *Obstet. Gynec.* (N.Y.), 1961, *17*, 69-79.

299. Uhlenbluth E., Day C., Smith Ph.O. — The powel endopelvic fascia and the hypopexy sheat. *Surg. Gyn. Obst.*, 1948, *86*, 9-28.

300. Urgell-Roca J.M. — Revue de 366 cas de prolapsus génital traités chirurgicalement. *Practica Med.*, 1958, *1*, 46-49.

301. Vartan C.K. — L'opération de Le Fort. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 1960, *67*, 470-472.

302. Vayre P., Taurelle R. — Réflexions sur le traitement chirurgical des prolapsus génitaux de la femme. *J. Chir.*, 1969 *98*, 627-638.

303. Verna F. — Méthode d'hystéropexie par voie vaginale avec ligamentopexie isthmique rétro-utérine, pour le traitement de la rétroversion utérine avec prolapsus génital. *Clin. Obst. Gin.*, 1958, *60*, 265-273.

304. Viaggo J.A. — L'opération de Taranto pour la correction du prolapsus génital. *J. Internat. Coll. Surgeons*, 1959, *31*, 38-46.

305. Viaggio J.A. — Nouvelle technique pour le traitement du prolapsus génital. *Prensa Méd. Argent.*, 1957, *44*, 2096-2099.

306. Villar J., Fiz G., Parneix M., Marque B. — Incontinence d'urines après opération de Le Fort. A propos d'une récente observation. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1965, *17*, 319-322.

307. Vink L.P.H.J. (de) — Opération de Fothergill pour prolapsus modifié par la suture de Breuer. *Geburtsh. Frauenh.*, 1960, *20*, 642-643.

308. Vinokurenkova A.I. — Méthode complexe de traitement chirurgical des descentes et des prolapsus génitaux féminins. *Akoucherstvo Guinek.*, 1963, *4*, 49-54.

309. Virot G. — Sur une variante de colporraphie antérieure. *C.R. Soc. Franç. Gyn.*, 1968, *38*, 213-214.

310. Vöge A. — Technique modifiée de l'opération de Neugebauer-Le Fort. *Zbl. Gyn.*, 1962, *84*, 545-550.

311. Vuia S., Pratzer S. — Traitement chirurgical du prolapsus génital total. *C.R. Soc. Franç. Gyn.*, 1961, *31*, 139-146.

312. Waters E.G. — Culdoplastie technic for prevention and correction of vaginal voult prolapse and enterocele. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1961, *81*, 291-297.

313. Welsh F. — Tube de polyéthylène pour soutenir les prolapsus. *Brit. Med. J.*, 1967, *2*, 280-281.

314. Wenig H. — Incontinence d'urines et sphinctérométrie avant et après opération de Fothergill. *Zbl. Gyn.*, 1963, *85*, 159-162.

315. Whapham E.M. — Utilisation élargie de l'opération de Le Fort pour prolapsus vaginal chez la femme âgée. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 1960, *67*, 473-477.

316. Williams B.F.P. — Traitement chirurgical du prolapsus utérin chez la femme jeune. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1966, *95*, 967-971.

317. Zanela S. — La prophylaxie de la faibless de vessie dans le prolapsus des organes génitaux. *Arch. F. Gyn.*, 1959, *193*, 505-508.

318. Zanni U. — Remote results of the Manchester operation for therapy of genital prolapse. *Minerva Ginec.*, 1963, *15*, 358-371.

319. Zavaleta De, Sanchez Girolami I., Bianca L., Poles N. — Urogenital prolapse. *Pressa Med. Argent.*, 1961, *48*, 1949-1953.

320. Zichel R. — Modification de la technique chirurgicale dans le traitement du prolapsus chez la femme âgée. *Gynaecologia*, 1968, *165*, 403-412.

321. Pontonnier A., Pontonnier F., Combel R. — Prolapsus génitaux et incontinence d'urines. Intérêt de l'uréthro-cystographie pré et post-opératoire. Essai d'indications thérapeutiques à propos de 78 observations. *Gyn. Obst.* Paris, 1970 (sous presse).

IMPRIMERIE CLEDER
28, rue de la Pomme
TOULOUSE